

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Atenção Humanizada  
ao Recém-Nascido**



**Método  
anguru**

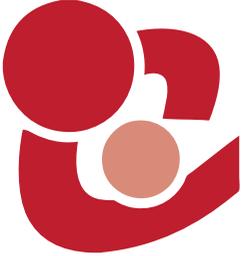
**Manual da terceira  
etapa do Método  
Canguru na  
Atenção Básica**



DISTRIBUIÇÃO  
VENDA PROIBIDA  
GRATUITA

Brasília – DF  
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas



**Atenção Humanizada  
ao Recém-Nascido**

**Método  
anguru**

**Manual da terceira  
etapa do Método  
Canguru na  
Atenção Básica**



Brasília – DF  
2018

2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – 6.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
SAF Sul, Q 1 G, 4º andar B, Edifício Anexo  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF

*Organização:*

Eremita Val Rafael  
Zeni Carvalho Lamy

*Elaboração de texto:*

Denise Streit Morsch  
Eremita Val Rafael  
Fernanda Ramos Monteiro  
Geisy Maria de Souza Lima  
Luiza Geaquinto Machado  
Maria Auxiliadora Mendes Gomes  
Maria Teresa Cera Sanches  
Marynéa Silva do Vale  
Nicole Oliveira Mota Gianini  
Olga Penalva Vieira da Silva  
Renara Guedes Araújo  
Zeni Carvalho Lamy

*Revisão Técnica:*

Ariane Tiago Bernardo de Matos  
Joama Gusmão Pereira Moreira  
Roberta Borges Correia de Albuquerque  
Suzane Oliveira de Menezes  
Sérgio Tadeu Martins Marba  
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio

*Colaboração:*

Diva Helena Mendes Carneiro  
Rosimeiry Pereira Santos

*Foto da capa:*

Merval de Jesus Gonçalves Filho

*Fotografias:*

Merval de Jesus Gonçalves Filho  
Natália Fernanda Gaspar de Almeida

*Apoio:*

Fundação Josué Montello  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Universidade Federal do Maranhão

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

*Capa, projeto gráfico e diagramação:*

Fabiano Bastos

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Método Canguru : manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

98 p. : il.

ISBN 978-85-334-2675-7

1. Método Canguru. 2. Saúde da Criança. 3. Recém-nascido. I. Título

CDU 613.95

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0400

*Título para indexação:*

Manual of the Third Stage of the Kangaroo Method on Basic Care

# Sumário

|  |    |
|--|----|
| Introdução . . . . .   | 5  |
| O Método Canguru . . . . .   | 7  |
| Marcos históricos do Método Canguru no Brasil . . . . .                      | 7  |
| Fundamentos do Método Canguru . . . . .                                      | 8  |
| Pilares do Método Canguru . . . . .  | 9  |
| Vantagens do Método Canguru . . . . .  | 9  |
| Etapas do Método Canguru . . . . .   | 10 |
| O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. . . . .                        | 15 |
| Cálculo da IG . . . . .  | 16 |
| Classificação do Recém-Nascido . . . . .                                     | 16 |
| Idade gestacional corrigida . . . . .  | 18 |
| A ida para casa na terceira etapa . . . . .                                  | 21 |
| Acompanhamento da atenção básica na terceira do Método Canguru . . . . .     | 23 |
| Aspectos gerais da Consulta. . . . .   | 24 |
| Compreendendo o sumário de alta . . . . .                                    | 30 |
| Orientações para a família . . . . .   | 34 |
| As repercussões afetivas e comportamentais do nascimento prematuro . . . . . | 37 |
| A ida do recém-nascido para casa . . . . .                                   | 38 |
| A criança em casa . . . . .  | 39 |
| Redes sociais de apoio . . . . .   | 43 |
| Importância da rede social de apoio. . . . .                                 | 43 |
| Perguntas norteadoras para identificação da rede social de apoio . . . . .   | 44 |
| Funções da rede social de apoio. . . . .                                     | 45 |
| Quando a família se desagrega . . . . .                                      | 46 |
| Ferramentas de abordagem familiar. . . . .                                   | 47 |
| Visita domiciliar . . . . .  | 55 |
| Aleitamento materno . . . . .  | 67 |
| Primeira visita a UBS. . . . .   | 67 |
| Roteiro de avaliação do aleitamento. . . . .                                 | 68 |
| Sugestões de posicionamentos para uma mamada mais efetiva . . . . .          | 71 |
| Relactação . . . . .   | 78 |

|  |    |
|--|----|
| Confusão de bicos . . . . .                    | 79 |
| Práticas facilitadoras . . . . .               | 79 |
| Suplementação vitamínica . . . . .             | 83 |
| Fluxograma de atendimento . . . . .            | 91 |
| Importância do cuidado compartilhado . . . . . | 97 |

# Introdução

A saúde da criança no Brasil, nas últimas duas décadas, vem apresentando importantes avanços, com destaque para significativa redução da mortalidade de crianças menores que cinco anos, variando de 62 mortes por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1990, para 14 em 2012. Isto representa uma diminuição de 77%, uma das maiores do mundo, segundo a UNICEF. Com isso o país cumpriu o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 4, que era o de reduzir em dois terços a mortalidade dessas crianças, tomando por base os anos de 1990 e 2015.

No que tange à mortalidade neonatal, embora também em queda, 9/1000 NV, a redução tem sido mais lenta e, é neste período, em especial no primeiro dia de vida, e mais especificamente na primeira hora de vida, que se concentram esses óbitos.

Uma das estratégias para a redução da mortalidade neonatal, utilizada pelo governo brasileiro, é o Método Canguru, que integra a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança do Ministério da Saúde – PNAISC.

O Método Canguru, no Brasil, foi instituído como política pública em 2.000 a partir da publicação da Norma Técnica que reúne diretrizes de cuidado e atenção a recém-nascidos internados em unidades neonatais, utilizando os melhores conhecimentos acerca das especificidades biológicas, psíquicas com ênfase na proteção do desenvolvimento neuropsicomotor da criança; bem como apoiando o cuidado singular do recém-nascido promovido por seus pais e sua família. Inclui, ainda, cuidados com a equipe de profissionais no desempenho de suas ações como cuidadores.

Para que ocorra a disseminação e implementação do método, o Brasil conta com seis Centros Nacionais de Referência: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira de Pernambuco (IMIP), Hospital Geral de Itapeverica da Serra-SP, Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e Hospital da Mulher Prof. Dr. Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP/SP).

Os Centros Nacionais apoiam as maternidades de referência estadual das 27 unidades federativas/distrito federal do país (Centros Estaduais de Referência), que têm o objetivo de capacitar, monitorar e oferecer suporte às maternidades e equipes próximas de seu estado.

Ao longo desses 18 anos desde a instituição da política, tanto a expansão como o fortalecimento do Método Canguru vem contribuindo para a consolidação

de boas práticas como: atenção e cuidado no momento do nascimento, acolhimento ao recém-nascido e sua família na unidade neonatal, respeito às individualidades, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível, aleitamento materno e envolvimento da mãe nos cuidados com o recém-nascido.

Assim sendo, podemos dizer que a visão brasileira do Método Canguru proporcionou uma mudança de paradigma na atenção perinatal, modificando práticas hospitalares e compartilhando o cuidado com a atenção básica (AB).

As equipes da Estratégia Saúde da Família, que já haviam iniciado o contato com a gestante durante o pré-natal, são grandes aliadas na tarefa de cuidar da criança egressa da unidade neonatal na terceira etapa do Método Canguru, garantindo a continuidade da assistência com ações de apoio à adaptação familiar na volta do RN para casa, estímulo à amamentação e a posição canguru, além de avaliar ganho de peso, orientar vacinação, entre outras.

Este manual da terceira etapa do método canguru tem o objetivo de ofertar diretrizes no sentido de apoiar os profissionais de saúde, da atenção hospitalar e básica, nos cuidados à criança egressa da unidade neonatal, qualificando e promovendo a continuidade de seu acompanhamento bem como promovendo articulação em rede.

# O Método Canguru

## Marcos históricos do Método Canguru no Brasil

No Brasil, os primeiros relatos da utilização do Método Canguru são de 1992, na cidade de Santos, no Hospital Guilherme Álvaro (HGA) e em 1993 no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). A partir do ano 2000, o Método Canguru tornou-se uma Política Pública com a publicação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (Portaria GM no 693 de 05/07/2000), posteriormente revisada em 2007 (Portaria GM nº 1.683 de 12/07/2007).

O Método Canguru no Brasil assumiu características próprias com estratégias de intervenção voltadas para uma ambiência hospitalar adequada e protetora, cuidado individualizado e singular, contato pele-a-pele precoce, participação da família, valorização das redes de apoio, bem como o cuidado com a equipe de saúde.

Em 2008 foi iniciado o Projeto de Expansão e Fortalecimento do Método em Maternidades Brasileiras para a descentralização das ações e, especialmente, das capacitações promovidas através dos seus diferentes centros de referência: seis centros nacionais e 27 estaduais.

O Método Canguru é uma ação que compõe o Eixo I da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): Atenção Humanizada e Qualificada ao Parto e Nascimento e o Eixo II Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável. Esta ação visa a redução da mortalidade infantil, mais especificamente do componente neonatal e está incorporada a várias ações estratégicas do Governo como: Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste-Amazônia Legal, Rede Cegonha: Política Nacional de Aleitamento Materno, Estratégia QualiNEO e APICE-ON.

### Quadro 1. Marcos históricos do Método Canguru

| Portaria                                    | Objetivos  |
|---|--|
| Portaria GM no 693 de 05 de julho de 2000   | Instituiu o Método Canguru como Política Pública e definiu normas para sua utilização. |
| Portaria GM nº 1.683 de 12 de julho de 2007 | Revogou a Portaria nº 693 e atualizou as normas já estabelecidas.                      |

*Continua...*

Quadro 1. continuação...

| Portaria                                 | Objetivos   |
|--|---|
| Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 | Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.   |
| Portaria GM nº 930 de 10 de maio de 2012 | Instituiu as normas de habilitação de leitos da Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais - UCIN-Co, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru - UCINCa) com base na atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave.   |
| Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014     | Instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos.   |
| Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014  | Atualizou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), incorporando além dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL),” a garantia de livre acesso aos pais e permanência de um dos dois junto ao recém-nascido em tempo integral e o Cuidado Amigo da Mulher.  |
| Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015 | Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional.  |
| Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016     | Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) - Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” |

Fonte: Autoria própria.

## Fundamentos do Método Canguru

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para o cuidado qualificado e humanizado. Centrado no cuidado singular ao recém-nascido e à sua família, abrange o pré-natal, cuidados especializados em ambulatório

ou internação da mulher/gestante, o parto e o nascimento, a internação do recém-nascido e seu retorno para casa até atingir peso de 2500g. Envolve, também, o contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais (posição canguru), controle ambiental das unidades neonatais, avaliação e controle da dor, aleitamento materno, cuidado com a família e suporte à equipe de saúde.

A Posição Canguru consiste em manter a criança em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito da mãe ou do pai. O RN deve estar somente de fraldas e, em regiões mais frias, pode usar meias e touca. A mãe deve estar sem sutiã para favorecer o contato pele a pele. Para a segurança do recém-nascido, é necessária a utilização de uma faixa ou outra forma de contenção segura que o envolva confortavelmente e o mantenha sustentado, permitindo que seus pais se locomovam ou mesmo possam dormir. Para esta contenção da criança, têm sido utilizadas faixas ou *tops* de malha. Em qualquer modelo, deve ser evitado nós nas costas, por serem desconfortáveis no momento em que a mãe se sentar ou mesmo deitar. Os modelos de malha em geral são mais confortáveis e seguros.

## Pilares do Método Canguru

- ▶ Cuidado integral e qualificado ao recém-nascido, seus pais e família;
- ▶ Respeito às individualidades;
- ▶ Promoção do contato pele a pele precoce e prolongado;
- ▶ Promoção do aleitamento materno
- ▶ Envolvimento da mãe e do pai nos cuidados com o recém-nascido.

## Vantagens do Método Canguru

O Método Canguru busca minimizar os efeitos adversos do nascimento prematuro e propõe a melhora do cuidado neonatal, por meio da observação integral da criança e toda sua família; valoriza o momento evolutivo do recém-nascido e de seus pais através de manejos compatíveis com as diferentes idades gestacionais e promove a participação da família nos cuidados com o recém-nascido durante sua internação.

A seguir apresentaremos as vantagens do método canguru, para as quais já existem evidências científicas:

- ▶ Reduz o tempo de separação entre o recém-nascido e seus pais;
- ▶ Facilita o processo interativo mãe-pai-bebê e com isto o vínculo afetivo familiar;
- ▶ Estimula o aleitamento materno, garantindo maior frequência, precocidade e duração;
- ▶ Possibilita ao RN controle térmico adequado;

- Favorece adequada estimulação sensorial à criança;
- Reduz estresse e dor;
- Contribui para o desenvolvimento neuropsicomotor do RN;
- Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar;
- Contribui para a redução da mortalidade neonatal;
- Possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar;
- Contribui para a inclusão da criança na família e para a construção de redes de apoio;
- Melhora a comunicação da família com a equipe de saúde.

## Etapas do Método Canguru

O Método Canguru é dividido em três etapas:

### 1ª ETAPA

A primeira etapa tem início no pré-natal da gestante de risco, passa pelo parto e nascimento e segue pela internação do recém-nascido na unidade neonatal, em geral na UTI neonatal. Nesta etapa a equipe de saúde procura minimizar a separação entre o recém-nascido e seus pais, favorecendo a proximidade entre eles com o intuito de proteger a formação e o fortalecimento dos laços afetivos.

Os pais têm direito a livre acesso e permanência durante as 24 horas ao lado do filho e devem ser acolhidos e acompanhados de acordo com suas necessidades. A posição canguru é orientada e estimulada já nesta primeira etapa a partir da estabilidade clínica do RN e do desejo de seus pais. A visita dos avós e dos irmãos ocorre de acordo com as orientações de cada unidade.

A equipe hospitalar procura garantir um espaço, dentro ou fora do hospital, onde a mãe possa permanecer após sua alta hospitalar, buscando facilitar sua presença junto ao filho, apoiar e estimular o aleitamento materno.

Muitas mulheres, agora mães, eram acompanhadas na unidade básica de Saúde próxima a sua residência, já haviam recebido visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, até o momento do nascimento da criança. Portanto, possuem ligação com as equipes da atenção básica, o que deverá ser mantido através de visitas domiciliares, acompanhamento médico e de enfermagem do pós-parto, o que sem dúvida irá facilitar sua participação na Terceira Etapa compartilhada.

### 2ª ETAPA

Na segunda etapa, a mãe é convidada a ficar com seu recém-nascido na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) em tempo integral. Podemos dizer que esse período funciona como um “estágio” pré-alta hospitalar

no qual a mãe assume cada vez mais os cuidados do filho sob a orientação da equipe. O aleitamento materno continua sendo prioridade de toda equipe neonatal através de informações, apoio e acompanhamento que envolve especialmente a mulher, mas também toda a família. Esta etapa é parte essencial do Método Canguru, preparando a mãe, o pai e a família para os cuidados com o recém-nascido no domicílio durante a Terceira Etapa.

O pai, durante toda a internação do seu filho tem livre acesso e permanência na unidade neonatal e sua presença é sempre estimulada, reconhecendo sua importância para a companheira e também para o RN nas diferentes ocorrências surgidas durante a internação. Além disso, sua importância em relação aos melhores resultados quanto a amamentação é observada e valorizada.

Nessa etapa a integração já iniciada com a equipe da atenção básica deve ser intensificada. O contato entre a equipe hospitalar e a equipe da atenção básica pode resultar na melhor chegada do recém-nascido em sua casa.

### **3ª ETAPA**

A terceira etapa do Método Canguru tem início com a alta hospitalar. A criança se encontra estável clinicamente, em aleitamento materno, necessita de cuidados quanto a sua estabilidade térmica e ganho de peso, porém não precisa mais do suporte hospitalar. Nessa circunstância, ela sai do hospital, mas continua sendo acompanhada por profissionais da unidade neonatal/ambulatório e pela atenção básica, até alcançar o peso de 2500g e/ou resolução de suas pendências clínicas, o que será avaliado conjuntamente pelas equipes multiprofissionais.

Esta etapa garante a continuidade do cuidado à criança que nasceu pré-termo (RNPT) e/ou de baixo peso (RNBP) a partir dos pressupostos básicos do Método Canguru que envolve um olhar integral à criança, ao seu momento e suas necessidades, bem como à sua família.

Durante a terceira etapa do MC, o recém-nascido e sua família receberão cuidado das equipes da unidade básica de saúde (UBS) e da equipe do hospital, cujos profissionais irão desenvolver, de forma compartilhada, seu cuidado nas consultas, visitas domiciliares, observação e orientação. Quando a criança alcança 2.500g, recebe alta do Método Canguru, passando aos cuidados da atenção básica (AB) e, em algumas situações, dos ambulatórios especializados (Ambulatórios de Seguimento ou de especialidades clínicas).

A alta para a terceira etapa poderá ser dada a partir de 1.600g dependendo de cada RN/família. Algumas crianças residem muito longe do hospital onde permaneceram internadas. Muitas irão ficar com suas mães em casa de familiares ou mesmo de amigos durante este período, não contando, portanto, com a UBS mais próxima de casa, priorizando o fato de poderem estar perto do hospital. Nesta situação ou naquela em que há necessidade do RN e sua mãe se

dirigirem a sua residência, mesmo sendo longe, estratégias de comunicação entre as equipes do hospital e da UBS próxima à residência devem ser pensadas e colocadas em prática para o melhor cuidado da criança. Nestes casos, sem dúvida, as equipes da estratégia saúde da família (NASF) devem ser bem assessoradas e apoiadas pelos núcleos de apoio às NASF, especialmente nas consultas e observações destas crianças e suas famílias.

É importante reforçar com a família a manutenção da posição canguru pelo maior tempo possível, propiciando a criança proteção e aleitamento materno, haja vista que a mesma ainda necessita de cuidados relativos ao seu momento evolutivo. A rede sociofamiliar de apoio (parentes, amigos, vizinhos), que foi estabelecida enquanto a mãe estava acompanhando o recém-nascido no hospital, deve continuar presente e atuante pois tanto ela como seu filho deverão receber os cuidados necessários na chegada ao domicílio. Nesta etapa, os profissionais da atenção básica terão um papel muito especial no apoio e no acompanhamento familiar e na busca ativa das famílias que porventura deixarem de comparecer aos cuidados propostos para esta criança.

As equipes do hospital e da atenção básica, trabalhando juntas, podem garantir melhor acompanhamento do RN, acompanhar e apoiar a amamentação especialmente na observação do ganho de peso, no tratamento de intercorrências e avaliação de reinternação, caso necessária. A terceira etapa compreende o seguimento clínico e apoio às famílias até o peso de 2.500g, quando então o RN recebe alta do Método Canguru e seu acompanhamento passará a ser feito pela atenção básica e/ou pelos ambulatorios especializados.

As crianças que após a alta do MC apresentarem indicadores de risco para alterações no seu crescimento e desenvolvimento, devem ser encaminhados para programas de seguimento, ou intervenção, que são serviços especializados no acompanhamento desses RN.

É imprescindível que estes programas realizem o seguimento de forma compartilhada com a atenção básica.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica**: cuidado compartilhado. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 129-E, 6 jul. 2000. Seção 1, p.15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 134, 13 jul. 2007. Seção 1, p. 84-85.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1153, de 22 de maio de 2013**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 304.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 274.



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

## O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso

O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso pode apresentar alterações nutricionais, clínicas, de crescimento e desenvolvimento. Com os avanços da tecnologia nas unidades neonatais, cada vez mais crianças sobrevivem e precisam de cuidados de uma equipe preparada, a partir de sua saída do hospital, tanto nos ambulatórios de seguimento, quanto na atenção básica de saúde.

Durante seu crescimento e desenvolvimento, esta população poderá encontrar adversidades na dependência de suas condições de nascimento ou mesmo decorrentes de agravos em seu atendimento. Quanto menor sua idade gestacional e menor o seu peso de nascimento, maiores serão suas vulnerabilidades fisiológicas, metabólicas e psicológicas, o que além de colaborar para determinar o tempo de sua internação, traz preocupações com seu futuro prognóstico. Isto porque estas ocorrências podem interferir em habilidades e competências necessárias para seu crescimento e desenvolvimento e determinam indicações específicas para seu cuidado e mesmo para intervenções após a alta hospitalar.

*São considerados de maior risco os recém-nascidos com peso de nascimento (PN) abaixo de 1500g e/ou idade gestacional (IG) menor que 34 semanas e de extremo risco os que nasceram com peso menor que 1000g e/ou IG abaixo de 28 semanas.*

Estes critérios são usados pelas equipes neonatais e posteriormente pelos serviços especializados no acompanhamento destas crianças, com o objetivo de incluí-las em protocolos de cuidados e atenção. Assim, as crianças com menor idade gestacional ou menor peso ao nascimento são aquelas que necessitam da maior vigilância pelas equipes da atenção básica quanto ao seu crescimento, desenvolvimento e especialmente quanto as suas necessidades de acompanhamento especializado.

Alguns RNPT não entrarão imediatamente após sua alta hospitalar nos critérios de inclusão dos serviços especializados, como, por exemplo, os RN pré-termo tardio, nascidos com IG entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. Esses serão acompanhados pela atenção básica e suas equipes. **São crianças que têm menor risco de morbi-mortalidade quando comparados aos RNPT extremos.** No entanto, quando comparados aos recém-nascidos a termo (RNT), tem um risco de morbidade neonatal 7 vezes maior, uma taxa de readmissão 2 a 3 vezes

maior nos primeiros 15 dias após alta, 3 vezes maior risco de mortalidade, além de maior risco para distúrbios neuromotores e dificuldades de crescimento. São crianças que devem receber atenção cuidadosa pois caso apresentem sinais sugestivos de que não seguem os padrões de crescimento e de desenvolvimento propostos pela Caderneta da Criança, devem ser encaminhados para avaliações em instituições que realizam acompanhamento especializado.

*Os RNPT necessitam de atenção especial e consultas frequentes e a equipe de saúde da atenção básica precisa conhecer esta população para identificar, tratar oportunamente e sempre que necessário, orientar e encaminhar essas crianças para locais de referência.*

## Cálculo da IG

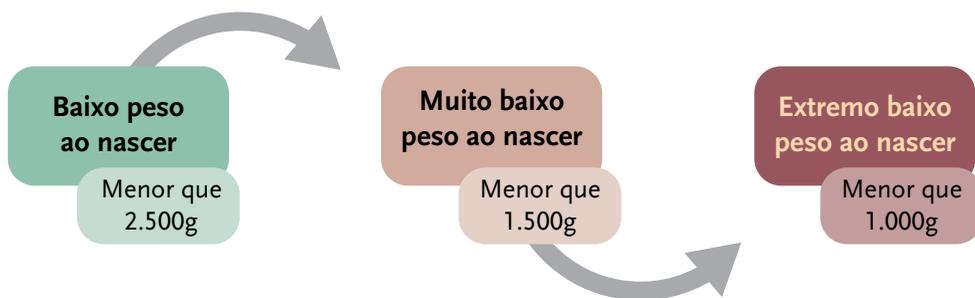
Idade gestacional corresponde ao número de semanas gestacionais da criança ao nascimento. Existem várias maneiras de se calcular a IG e muitas vezes no relatório de alta pode constar um dado diferente para cada método utilizado. Pode-se usar como referência a data da última menstruação (DUM) e o ultrassom gestacional (USG). Porém, mesmo a DUM que é considerada padrão ouro, depende da informação correta da gestante. Por outro lado, o USG é mais confiável quanto mais cedo é realizado (até 12 semanas), pois após este período a margem de erro poderá ser de até 2 semanas.

Após o nascimento são utilizados dois métodos de avaliação da IG que consideram as características do RN e dão pontos para cada aspecto avaliado: o Capurro somático (CS) e o New Ballard (NB). O Capurro é indicado para os RN de termo e o New Ballard (NB) é o método de avaliação indicado para os RNPT.

## Classificação do Recém-Nascido

RNPT é a criança que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. Lembrando que o desenvolvimento do RN está diretamente relacionado à sua idade gestacional, quanto menor essa idade, maior será sua vulnerabilidade. Na atenção hospitalar, o RNPT possivelmente vai necessitar de cuidados para sua regulação térmica, nutrição e suporte ventilatório além de tratamentos específicos e medicações. Pode apresentar complicações clínicas no período neonatal ou doenças associadas que poderão acompanhá-lo durante toda a vida.

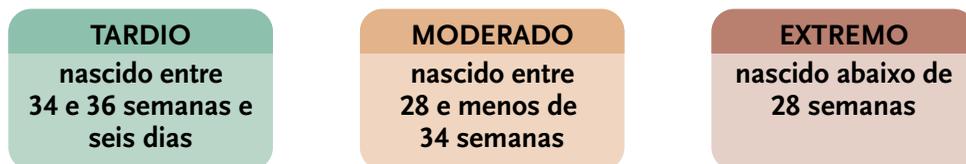
### 1- Quanto ao peso de nascimento



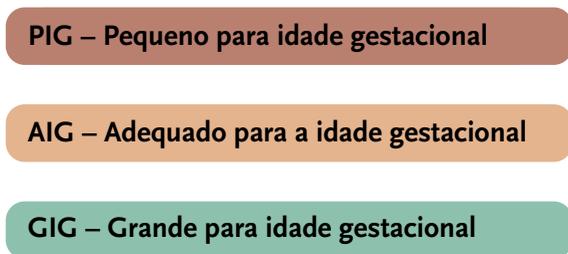
### 2- Quanto à Idade Gestacional



### CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO



### 3- Quanto à relação peso/idade gestacional



No Brasil, são usadas para monitoramento do ganho de peso das crianças, as curvas da OMS na caderneta da criança. Nestes gráficos/tabela podemos verificar a partir do nascimento a termo ou de 40 semanas de idade gestacional, no caso dos RNPT, se o peso está adequado para a idade. Para o RNPT devemos utilizar a idade corrigida.

## Idade gestacional corrigida

A partir da data do nascimento, é iniciada a contagem da idade cronológica do recém-nascido independentemente da idade gestacional. Para o RNPT é necessário fazer uma correção do tempo de vida intrauterino, que foi interrompido com o nascimento prematuro. Desta forma, obtemos a idade corrigida (IC). Este ajuste permite que cada criança seja avaliada de acordo com competências e habilidades possíveis para sua idade corrigida. Considerando apenas a idade cronológica, uma criança que nasceu prematura seria diagnosticada com atraso de desenvolvimento.

Ou seja, não podemos esperar que um RNPT, com idade gestacional de 32 semanas, aos dois meses de idade, tenha desenvolvimento compatível com os marcos esperados da Caderneta da Criança, correspondentes a estes dois meses de vida. Desta forma a IC serve para a avaliação do crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico), para o desenvolvimento (motor, linguagem, etc). Também usamos para a introdução da alimentação complementar saudável, deve-se avaliar o desenvolvimento de cada criança e verificar a necessidade de utilizar a idade corrigida para a introdução a partir de 6 meses.

É fundamental considerarmos a idade corrigida (IC) pois, muitas vezes os pais, pressionados pela família ou vizinhança passam a se preocupar quando comparam seu filho ao de um nascido de termo. É importante orientá-los e tranquilizá-los quanto ao fato dele precisar completar algumas semanas a mais para apresentar comportamento semelhante ao que estas outras crianças já podem realizar, considerando a diferença de idade.

Para calcular a IC subtraímos o valor de referência de 40 semanas da idade gestacional ao nascimento, também em semanas. A diferença encontrada deverá ser descontada da idade cronológica e utilizada nas avaliações realizadas nas unidades básicas de saúde e nas consultas de seguimento (Quadro 2).

Para facilitar usamos a IG em semanas 'cheias' sem considerar os dias e também transformamos a diferença encontrada de semanas para meses, assim fica mais fácil determinar a idade corrigida.

**Quadro 2.** Cálculo da idade corrigida considerando a idade gestacional e idade cronológica do recém-nascido.

| IG    | Semanas a serem descontadas da idade cronológica* |
|-------|---|
| 34sem | 6 semanas = 1 mês e meio                          |
| 33sem | 7 semanas = 1 mês e 3 semanas                     |
| 32sem | 8 semanas = 2 meses                               |
| 31sem | 9 semanas = 2 meses e uma semana                  |

| IG    | Semanas a serem descontadas da idade cronológica* |
|-------|---|
| 30sem | 10 semanas = 2 meses e meio                       |
| 29sem | 11 semanas = 2 meses e 3 semanas                  |
| 28sem | 12 semanas = 3 meses                              |
| 27sem | 13 semanas = 3 meses e uma semana                 |
| 26sem | 14 semanas = 3 meses e meio                       |

Fonte (BRASIL, 2015).

\*40 semanas menos a IG = semanas a serem descontadas da idade cronológica.

*Em geral usamos a correção da idade até 2 anos, mas para aqueles com IG < 28 sem é recomendável este ajuste até 3 anos de idade.*

*O calendário de vacinas segue a idade cronológica com algumas particularidades.*

*Não é necessário o uso da idade corrigida para RNPT com IG entre 35 e 37 semanas, mas caso sejam observadas alterações, estas deverão ser valorizadas e investigadas imediatamente.*

## Referências

BALLARD, J. L. et al. New Ballard score, expanded to include extremely premature infants. **J. Pediatr.**, v. 119, n. 3, p. 417-423, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança menina**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menina.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança menino**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru**: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 274.

CAPURRO, H. et al. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J. Pediatr.**, v. 93, n. 1, p. 120-122, 1978.



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

## A ida para casa na terceira etapa

A alta hospitalar segura para a terceira etapa requer uma preparação da família e deverá ser avaliada individualmente, conforme a situação de cada recém-nascido e seu grupo familiar.

### Deve-se considerar:

- ▶ **Condição da mãe e/ou do cuidador em lidar com a criança:** a mãe está segura no manejo, cuidados, amamentação? Sabe dar a medicação prescrita?
- ▶ **Estrutura familiar:** a mãe terá apoio de alguém nos cuidados com o RN ou da casa? Suporte emocional? Caso tenha outros filhos, quem vai ajudar? Mora em ambiente seguro?
- ▶ **Possibilidade de retorno ambulatorial:** a família mora longe? Tem recursos para o transporte? Necessita de oxigênio ou algum tipo de transporte especial?
- ▶ **Orientação em situações de urgência:** existe pronto-atendimento perto do local da residência? A família está orientada para lidar com situações de urgência? Possui informações sobre onde buscar ajuda?

Além das citadas, algumas situações de risco devem ser consideradas, tais como: gemelaridade, mãe adolescente e/ou situação familiar de vulnerabilidade. Nesses casos, podem ser necessárias visitas domiciliares antes da alta hospitalar para avaliar as condições de segurança para o recém-nascido. No caso de residir na rua, caberá à equipe de saúde da atenção básica articular atividade com os dispositivos disponíveis no território, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Conselho Tutelar e outros parceiros, para avaliar a segurança do recém-nascido.

Esses aspectos devem ser avaliados pelas equipes multidisciplinares do hospital e da atenção básica (AB) para que a decisão seja segura e permita planejar os retornos e os recursos necessários para que a família permaneça em acompanhamento no hospital e na UBS.

*É importante manter o controle dos retornos ambulatoriais dos recém-nascidos e, se necessário, fazer busca ativa e/ou enviar agentes comunitários de saúde ao domicílio.*

Embora o recém-nascido esteja clinicamente estável e a mãe e os familiares aptos para a alta hospitalar, algumas situações adversas poderão ocorrer, o que mostra a importância de receberem um acompanhamento adequado, com boas sugestões de estratégias para sua resolução dos problemas.

Apresentaremos alguns exemplos comuns observados:

- ▶ **A rede de apoio** não consegue ajudar: todos trabalham, não podem faltar ao serviço e as promessas de ajuda de familiares, vizinhos, amigos, não se concretizam.
- ▶ **A mãe precisa realizar os serviços domésticos e cuidar do recém-nascido:** por isso permite que ele fique dormindo muito tempo para que possa realizar as tarefas domésticas e, conseqüentemente, o recém-nascido se alimenta pouco e não recebe estímulos adequados para seu desenvolvimento.
- ▶ **Apesar das orientações, a mãe e/ou pai não fazem contato pele-a-pele** (posição canguru) e o recém-nascido ganha pouco peso.
- ▶ **Os familiares e amigos visitam o RN com frequência:** estabelece-se uma rotina de visitaçãõ que interfere na rotina da mãe e do recém-nascido, impedindo o descanso e as mamadas.
- ▶ **Todos querem ter contato com o recém-nascido ou ainda, os irmãos estão resfriados:** risco para infecções respiratórias como gripe, resfriado e bronquiolite, com conseqüente reinternação.
- ▶ **Conflito de orientações:** avós, tias, amigas e comunidade a que essa família pertence, têm crenças e culturas próprias e, no desejo de ajudar, muitas vezes interferem negativamente. Por exemplo: “o neném mama toda hora porque este seu leite está fraco, dá logo uma mamadeira para ele”, “tudo isto que o médico falou é bobagem, já criei 5 filhos...” etc.

*Estas questões podem ser bem equacionadas com orientações dos profissionais das equipes de saúde hospitalar e da atenção básica. Contatos com a família ampliada, empoderamento da mãe, no sentido de expressar suas necessidades, conversas com grupos de amigos e estímulo a melhor participação da rede de apoio, são algumas alternativas possíveis.*

## Acompanhamento da atenção básica na terceira do Método Canguru

*A equipe da atenção básica deve conhecer a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru, as características dos RNPT e de sua família, assim como orientar os cuidados diários, mesmo que o recém-nascido ainda esteja em acompanhamento no hospital e/ou em serviço especializado.*

*A criança é a mesma e todos devem participar cada um a seu modo, desse momento.*

*Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem ser orientados para identificar os sinais de risco do RN no domicílio e encaminhá-lo para avaliação da equipe de saúde: enfermeiro ou médico da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que por sua vez irá avaliar a necessidade de orientar a família na busca de outros atendimentos.*

Na terceira etapa do MC, a criança é agendada para acompanhamento periódico. Sugerem-se três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que a criança atinja 2.500 g, quando recebe alta do MC (Figura 1).

**Figura 1.** Agenda de acompanhamento do RN na terceira etapa do MC

|           | D | S   | T   | Q   | Q   | S   | S |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª SEMANA |   |  |   |  |   |  |   |
| 2ª SEMANA |   |   |  |   |  |   |   |
| 3ª SEMANA |   |   |   |  |   |   |   |

Fonte: (BRASIL, 2016).

- ▶ Logo que chegar à sua casa, na primeira semana, a criança e sua mãe deverão receber visita domiciliar da atenção básica e ter garantido o primeiro retorno ao hospital de origem em até 72 horas. A terceira avaliação da primeira semana poderá ocorrer na UBS ou novamente no hospital, dependendo das necessidades da criança ou mesmo de sua família.

- ▶ Na segunda semana após a alta hospitalar, recomenda-se um retorno no hospital e uma consulta na UBS.
- ▶ A partir da terceira semana, até alcançar 2.500 g, a criança deverá ser acompanhada semanalmente. Essa consulta pode ocorrer na UBS ou no hospital de origem, de acordo com as condições clínicas da criança.
- ▶ Durante a terceira etapa, o hospital de origem deve ter, além dos atendimentos planejados, agenda aberta para situações especiais. É importante, também, que visitas domiciliares regulares aconteçam neste período, garantindo o atendimento das intercorrências clínicas, dúvidas e inseguranças da mãe e da família, minimizando o risco de desmame e/ou abandono do acompanhamento e seguimento da criança.
- ▶ A reinternação deve ser garantida pelo hospital de origem enquanto a criança estiver na terceira etapa do método canguru.
- ▶ Tentar agrupar as consultas, quando possível, com os exames e avaliações pendentes para otimizar tais retornos e facilitar a organização da família.

## Aspectos gerais da Consulta

### Durante a consulta, o que devemos observar?

- ▶ Ganho de peso: calcule o ganho de peso e divida pelo intervalo desde a última consulta (em dias) para saber quanto de peso a criança está ganhando por dia. Pode variar muito, mas deseja-se um ganho mínimo de 15-20 g/dia. Geralmente, o recém-nascido que está bem tem um ganho ponderal maior do que o mínimo apresentado. É essencial que o recém-nascido seja pesado sem roupas e sem fraldas.
- ▶ Comprimento: para acompanhar se o crescimento está adequado, o mesmo deve ser medido uma vez por semana.
- ▶ Perímetro Cefálico (PC): deverá ser medido semanalmente, porque muitas vezes é nesta fase que conseguiremos identificar hidrocefalia, com o aumento não esperado do perímetro cefálico, que pode ser uma complicação da hemorragia peri-intraventricular do período neonatal.

### Exame físico

O exame físico de rotina deve conter alguns aspectos que devem ser observados nos RNPT:

- ▶ Ausculta pulmonar: são comuns roncos de transmissão por obstrução nasal que desaparecem com o crescimento da criança.

- ▶ Ausculta cardíaca: sopros e taquicardia podem indicar anemia descompensada. Confira no relatório de alta a presença de malformação cardíaca, algo que justifique o sopro e avalie anemia mediante exames laboratoriais.
- ▶ Hérnias: a hérnia umbilical geralmente regride espontaneamente. No caso de hérnia inguinal, encaminhar o RN para consulta com cirurgia pediátrica para programação de intervenção cirúrgica.
- ▶ Hidrocele: também regride e geralmente a conduta é expectante. Encaminhe a criança para diagnóstico diferencial de hérnia inguinal, quando for volumosa ou dolorosa ou em casos de variações no volume.

### **Confira as orientações de alta hospitalar**

- ▶ Alimentação: veja se a mãe está amamentando ou ofereceu complemento com fórmula ou outro alimento. Observe a mamada do bebê. Avalie dúvidas e ofereça apoio.
- ▶ Medicamentos: veja se a mãe obteve a medicação e está oferecendo para a criança corretamente. Confira as doses prescritas.
- ▶ Exames de rotina: veja se foram pedidos/realizados.
- ▶ Consultas com especialistas: confira os agendamentos e oriente a família sobre a importância da sua realização.

### **Verificar como a mãe está enfrentando a situação**

Durante a consulta observe como a mãe está se sentindo, se possui dúvidas e como pode ajudá-la.

- ▶ Inicie sempre elogiando a mãe e a família.
- ▶ Faça perguntas abertas, sem direcionar as respostas, para que se conheça a realidade dos fatos e se possam fazer orientações adequadas.
- ▶ Evite acentuar os conflitos familiares que surgem por opiniões ou atitudes diversas das orientações dadas pela equipe na ocasião da alta hospitalar.
- ▶ Faça reforço positivo, parabeneze as conquistas e informe o estado clínico da criança.

### **Orientações práticas para problemas comuns aos RNPT**

- ▶ Reforçar a importância da posição canguru para a prevenção da hipotermia no lugar de usar roupas e cobertores, que apenas servem como isolante térmico.
- ▶ Explicar que o RN mama ao seio materno com mais frequência quando comparado com leite artificial por que o leite materno apresenta uma digestão mais rápida e com maior valor nutritivo. Explicar que a amamentação é mais do que nutrir a criança, é uma estratégia natural de vínculo,

afeto, proteção e nutrição para a criança. Reforçar que o padrão de mamada irá se modificar com seu crescimento e desenvolvimento.

- ▶ Explicar que o RN dorme muito e orientar para que os pais fiquem atentos caso a criança faça longos períodos sem se alimentar. Esse período não deve ultrapassar quatro horas, quando se deve acordar o RN com estímulos suaves. À medida que a criança for se desenvolvendo, ela fará seus próprios horários, não havendo necessidade de acordá-la.

Cada profissional usará sua criatividade nos exemplos e explicações para fatos comuns, evitando sempre orientações com uma linguagem muito técnica e que não atinjam os objetivos desejados. Devem ser evitadas críticas, que podem prejudicar a relação de confiança entre a mãe, o profissional e os demais familiares, dificultando a adesão às orientações fornecidas. Quando necessários, os ajustes devem ser feitos oportunamente, com abordagem cuidadosa e com a participação dos pais na tomada de decisões.

### **Perguntas importantes na Consulta**

- ▶ Maria (Nome da mãe), como foi sua chegada em casa?
- ▶ Você teve alguma dificuldade? A criança apresentou alguma intercorrência?
- ▶ Você está recebendo ajuda? Quais? Como? Quem?
- ▶ Você e o pai estão fazendo a posição canguru?
- ▶ Como e onde o João (nome da criança) está dormindo?
- ▶ Como João (nome da criança) está a alimentação do João?
- ▶ Caso a família responda que está em aleitamento materno.
- ▶ Como estão suas mamas e sua produção de leite? Avaliar as mamas e a mamada.
- ▶ Qual o intervalo das mamadas?
- ▶ Como você está alternando o peito quando ele mama?
- ▶ Qual leite vocês estão utilizando? Como foi preparado e ofertado o leite artificial? Em caso de uso de fórmulas, verificar a necessidade e encorajar a família para descontinuar a fórmula. Muitas vezes é somente insegurança por parte dos pais.
- ▶ E a urina e evacuações, como estão? Quantas fraldas você está trocando em 24 horas?
- ▶ Quais as medicações prescritas e como você está administrando: dose e horários?
- ▶ Você está com alguma dificuldade? Tem alguma dúvida?

*Com essas perguntas, o profissional de saúde conseguirá rastrear vários problemas que podem interferir na mamada e no ganho de peso, no crescimento, desenvolvimento e que poderão ser resolvidos com reforço nas orientações, evitando possível reinternação.*

### **A criança não ganha peso como esperado!**

Nessa situação, observe os seguintes aspectos:

- ▶ Manejo da amamentação: avaliar a mamada (pega e posição), a sucção do bebê, as mamas, o tempo das mamadas. Perguntar se a mãe deixa a criança pouco tempo no seio ou alterna muito os seios e a criança não mama o leite posterior. Observar a utilização de chupetas e/ou mamadeiras.
- ▶ A criança está dormindo demais e não mama: reforce que o RNPT nem sempre dá sinais vigorosos de fome e pode não chorar. Oriente a mãe a oferecer o seio quando a criança estiver ativa/agitada ou com a boca aberta procurando sugar - reflexo de busca. Lembre à mãe que o intervalo entre as mamadas pode variar muito, de 30 minutos até três/quatro horas, mas que não se deve deixar a criança manter um intervalo longo por várias vezes durante o dia.
- ▶ Contato pele-a-pele (posição canguru) insuficiente: a mãe e/ou pai não coloca o RN na posição canguru, deixando-o no berço. Reforce a importância do controle térmico para essas crianças, pois para manter sua temperatura a criança gasta energia em detrimento do ganho de peso, especialmente em locais ou dias frios. Esse fato poderá não ocorrer se for praticado o contato pele-a-pele. Saliente também o quanto essa posição ajuda no desenvolvimento e crescimento do recém-nascido.

Ao final do atendimento, reforce as orientações e agende retorno em 48h.

Quando a criança não ganha peso adequadamente reforce as orientações e agende retorno em 24 horas. Se permanecer com ganho de peso inadequado, solicitar exames laboratoriais, com reavaliação no mesmo dia, para descartar infecções, principalmente infecção urinária. A anemia é comum entre os RNPT, mas dificilmente interfere no ganho de peso, a não ser que esteja descompensada, ou seja, associado à taquicardia, taquipneia e palidez acentuada.

Em caso de dúvida, reinterne o RN para investigação. A apneia por refluxo gastroesofágico (RGE) e as infecções respiratórias são causas frequentes de reinternação nessa etapa. Entre as viroses respiratórias, lembre-se que a bronquiolite poderá ocasionar a reinternação com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica, especialmente nas crianças com displasia

broncopulmonar. Observar as indicações de palivizumabe, se estiver no período da sazonalidade da sua região.

*Lembre-se que mesmo os RNPT tardios, os nascidos com idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, têm chance de reinternação três vezes maior quando comparados com recém-nascidos a termo, sendo as causas mais comuns: icterícia, dificuldades de alimentação, ganho de peso pobre e apneia.*

### **Sinais de risco para reinternação**

Sinais clínicos:

- ▶ Perfusão inadequada da pele: cianose, palidez, pele moteada/marmórea.
- ▶ Pausas respiratórias.
- ▶ Desconforto respiratório.
- ▶ Hipoatividade, hipotonia.
- ▶ Irritabilidade, febre.
- ▶ Regurgitação frequente, vômitos.
- ▶ Diminuição ou recusa do peito/dieta.
- ▶ Ganho ponderal insuficiente ou perda de peso.
- ▶ Icterícia.

Nestes casos encaminhe imediatamente o RN para a unidade neonatal de origem ou serviço de pronto atendimento pediátrico para internação (Quadro 3).

**Quadro 3.** Condições clínicas e sinais de alerta do RNPT e ou BP na terceira etapa do Método Canguru

| <b>CONDIÇÃO CLÍNICA</b>           | <b>SINAL DE ALERTA</b>   | <b>CONDUTA - TRATAMENTO</b>   |
|-----------------------------------|--|---|
| Anemia                            | <p>No acompanhamento após a alta hospitalar, observe os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taquipneia, respiração periódica e/ou apneia.</li> <li>▶ Diminuição da atividade, letargia e diminuição da sucção.</li> <li>▶ Dificuldade de ganho de peso.</li> <li>▶ Palidez acentuada</li> </ul> | <p>A presença desses fatores pode indicar um quadro de descompensação da anemia e a necessidade de transfusão de concentrados de hemácias. Nesses casos, encaminhe o RN para o pronto atendimento ou para a maternidade de origem.</p>  |
| Doença do refluxo gastroesofágico | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vômitos recorrentes,</li> <li>▶ Regurgitação,</li> <li>▶ Ganho de peso insuficiente</li> <li>▶ Recusa alimentar</li> <li>▶ Irritabilidade</li> <li>▶ Apneia</li> </ul>  | <p>Colocar em contato pele a pele, na posição canguru após as mamadas.<br/>O aleitamento materno tem efeito protetor.<br/>Medicamento deve ser discutido com a equipe da atenção hospitalar.</p>  |
| Apneia                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pausas respiratórias acima de 20 segundos, associada a palidez, cianose e bradicardia</li> </ul>  | <p>Encaminhar imediatamente para o serviço de emergência mais próximo ou ao Hospital de origem</p>  |
| Hipotermia                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Temperatura axilar abaixo de 36.5°C</li> </ul>  | <p>Colocar em contato pele a pele, na posição canguru.<br/>Encaminhar o RN ao Hospital de origem se associado a cianose e hipotatividade</p>  |
| Ganho ponderal                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Perda de peso</li> <li>▶ Manutenção do peso anterior</li> <li>▶ Ganho de peso inferior a 15 g dia</li> </ul>  | <p>Avaliar aleitamento materno – postura, posição e pega.<br/>Verificar a utilização de chupetas e/ou mamadeiras.<br/>Orientar a oferta do leite posterior<br/>Orientar a mamada noturna para garantir a adequada produção de leite materno.<br/>Avaliar frequência e efetividade das mamadas<br/>Em uso de fórmula, observar preparo e oferta<br/>Observar outros sinais associados: anemia, infecção,</p> |

Fonte: Autoria própria.

## Compreendendo o sumário de alta

Quanto menor o recém-nascido (PN e IG), mais complicações poderão surgir no período neonatal e conseqüentemente mais complexo será o sumário de alta. Ao receber o sumário de alta encaminhado pelo hospital, é importante conhecer os problemas que a criança apresentou durante a internação e o tratamento indicado para os mesmos.

Para assegurar sua sobrevivência e possibilitar estabilidade fisiológica, foram usados no hospital diferentes medidas de suporte e tratamento. No quadro seguinte estão destacadas as mais importantes a partir de suas indicações para que os profissionais das equipes da atenção básica as conheçam e possam entender melhor as preocupações familiares (Quadro 4).

**Quadro 4.** Medidas de suporte/tratamento para problemas ocorridos na unidade neonatal

| Medidas de suporte e tratamento  | Problema                             |
|--|--------------------------------------|
| Jejum, anticonvulsivante, hipotermia terapêutica, suporte hemodinâmico.                | Asfixia                              |
| Surfactante, ventilação mecânica, CPAP, oxigênio inalatório.                           | Respiratório                         |
| Nutrição parenteral, dieta por SNG ou SOG.   | Nutricional                          |
| Uso de antibióticos e drogas vasoativas  | Infecção                             |
| Fototerapia  | Icterícia                            |
| Suplementação de ferro e hemotransfusão  | Anemia                               |
| Vitamina D e suplementos minerais com cálcio e fósforo                                 | Doença metabólica óssea - DMO        |
| Indometacina, ibuprofeno ou cirurgia   | Persistência do canal arterial - PCA |
| Diuréticos, oxigenioterapia prolongada, alta hospitalar com O <sub>2</sub> domiciliar. | Displasia broncopulmonar - DBP       |
| Exame de fundo de olho, laser ou crioterapia   | Retinopatia da prematuridade - ROP   |

Fonte: Autoria própria.

Muitas vezes as crianças evoluem com complicações que necessitam de outros tratamentos (Quadro 5).

**Quadro 5.** Complicações clínicas do recém-nascido pré-termo ocorridas na unidade neonatal

| Complicações            | Comentários  |
|-------------------------|--|
| Hidrocefalia            | Pode ser consequente à hemorragia peri-intraventricular (HPIV) e o tratamento pode ser uma derivação ventrículo peritoneal (DVP), para aliviar a pressão dos ventrículos drenando o líquido para o peritônio. Deve-se ficar atento para sinais como abaulamento da fontanela, vômitos, irritabilidade, cefaleia, entre outros. |
| Enterocolite necrosante | Às vezes é necessário tratamento cirúrgico com ressecção de parte do intestino comprometido. Dependendo da extensão ressecada, a criança poderá apresentar síndrome do intestino curto e dificuldade de absorção de nutrientes, o que demanda atenção nutricional e de seguimento com gastroenterologista.                     |
| Hérnia inguinal         | Cirurgia indicada assim que detectada pelo risco de encarceramento.  |

Fonte: Autoria própria.

Na alta hospitalar estes problemas já devem estar resolvidos ou com o tratamento direcionado pela própria unidade neonatal. A atenção básica deve acompanhar a evolução dos mesmos, conferindo o uso adequado das medicações prescritas, marcação e realização de exames complementares, frequência nas consultas com especialistas, sempre em parceria com o hospital e/ou o ambulatório de seguimento.

Ao receber o relatório de alta, o profissional de saúde deve identificar se a criança apresenta algum dos indicadores de risco para alteração do crescimento e/ou desenvolvimento, relacionados abaixo e que devem ser monitorados no seguimento (Quadro 6).

**Quadro 6.** Indicadores de risco para alterações do desenvolvimento neuropsicomotor

| Problema neonatal    | Comentário  | Risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor  |
|----------------------|---|--|
| <b>Prematuridade</b> | Quanto menor a IG e PN, maior o risco para distúrbios de desenvolvimento neuropsicomotor. | Distúrbio neuromotor, de comportamento, visão, audição e linguagem<br>Deficiência de estatura<br>Risco para desenvolvimento de doença metabólica óssea |

*Continua...*

Quadro 6. continuação...

| <b>Problema neonatal</b>  | <b>Comentário</b>  | <b>Risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor</b>   |
|---|--|--|
| <b>Asfixia Perinatal Grave</b>  | Apgar menor ou igual a 6 no 5º minuto ou manifestações clínico-laboratoriais de asfixia  | Comprometimento neurológico<br>Paralisia cerebral  |
| <b>Alterações Neurológicas e Convulsão</b>  | Hipotonia, hipertonia, hiperreflexia, irritabilidade, sonolência, coma e convulsão   | Comprometimento neurológico<br>Paralisia cerebral  |
| <b>Exames de Neuroimagem: USTF/TCC/RM* alterados</b>  | Leucomalácia, hemorragia peri-intraventricular, infartos hemorrágicos, cistos e abscessos  | Comprometimento neurológico<br>Paralisia cerebral<br>Hidrocefalia  |
| <b>Meningite</b>  | Um dos principais indicadores de risco para surdez.  | Surdez<br>Comprometimento neurológico<br>Paralisia cerebral<br>Hidrocefalia                                      |
| <b>Perímetro Cefálico</b><br><b>Crescimento Anormal</b><br><i>Observar: alterações de fontanela e do formato craniano</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aumento PC se:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1,5 cm/sem = sinal de alerta</li> <li>&gt; 2 cm/sem = USTF e reinternar caso tenha diagnóstico de hidrocefalia.</li> </ul> </li> <li>▶ PC estável</li> </ul> | Hidrocefalia<br>Microcefalia,<br>Craniosinostose   |
| <b>PIG</b>  | Sugestivo de retardo do crescimento intrauterino (RCIU), infecção congênita  | Deficit de estatura  |
| <b>Infecção Congênita</b>   | Com alteração de neuroimagem ou clínica sugestiva de alteração neurológica   | Comprometimento neurológico.<br>Comprometimento visual (alterações de retina, catarata)<br>Surdez (rubéola, CMV) |
| <b>Hipoglicemia Sintomática</b>   | Hipoglicemia prolongada e de difícil controle  | Comprometimento neurológico  |

Continua...

Quadro 6. continuação...

| <b>Problema neonatal</b>                                     | <b>Comentário</b>  | <b>Risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor</b>                         |
|--|--|--|
| <b>Icterícia</b>   | Aumento da bilirrubina indireta com níveis de indicação de EXSTF** (mesmo que tenha sido tratada de outra forma).                      | Surdez, Kernicterus  |
| <b>Parada Cardiorespiratória</b><br><b>Apneias Repetidas</b> | Pela hipóxia, semelhante a asfixia perinatal   | Encefalopatia hipóxico isquêmica<br>Comprometimento neurológico,<br>Paralisia cerebral |
| <b>Displasia Broncopulmonar</b>                              | Apesar de ser uma doença respiratória é o indicador isolado mais associado a PC, talvez pela hipóxia crônica                           | Paralisia cerebral,<br>Deficit no desenvolvimento ponderoestatural                     |
| <b>Infecção Grave</b><br><b>Enterocolite Necrosante</b>      | Antibioticoterapia acima de 21 dias (vários esquemas antibióticos), uso de drogas vasoativas, enterocolite necrosante (grau III ou IV) | São fatores associados que indicam que o RNPT foi enfermo grave.                       |
| <b>Retinopatia da Prematuridade (ROP)</b>                    | RNPT < IG 34sem* e/ou PN<1500g tem risco para ROP e também devem ser seguidos pelo oftalmologista                                      | Risco para baixa acuidade visual, erros de refração e estrabismo                       |

Fonte: Autoria própria.

\*USTF – ultrassom transfontanela, TCC- tomografia computadorizada de crânio, RM- ressonância magnética.

\*\*EXSTF – exsanguineotransusão.

Existem outras doenças/condições não relacionadas à prematuridade que deverão ser acompanhadas pela equipe multiprofissional especializada. Assim, toda doença com risco potencial para um comprometimento físico, do crescimento e do desenvolvimento da criança, impõe-se que seja disponibilizado intervenção e acompanhamento multiprofissional. Cada serviço tem um protocolo de inclusão próprio que precisa ser conhecido para que as equipes da atenção básica possam encaminhar corretamente as crianças. Sugere-se um mapeamento dos recursos próximos, criação de parcerias que facilitem o encaminhamento e a inclusão destas crianças em programas de boa resolubilidade. Em relação a prematuridade estes ambulatórios de cuidados especializados são conhecidos como programas de follow-up ou ambulatórios de seguimento.

*Caberá aos profissionais de saúde da atenção básica o acompanhamento de todos os RNPT/BP, independente de suas idades gestacionais ou mesmo o peso de nascimento. Estes cuidados serão compartilhados na terceira etapa do MC junto às equipes de saúde hospitalares e, posteriormente, com os ambulatórios de seguimento ou com os especialistas, para os quais estas crianças poderão ser encaminhadas.*

Lembramos que os Agentes Comunitários de Saúde e as unidades básicas de saúde, conhecendo os fatores de risco para alterações no desenvolvimento e o crescimento destes RN devem estar atentos para a observação e indicação de intervenções que por ventura não tenham sido indicadas até o momento da alta hospitalar.

## Orientações para a família

O RNPT tem algumas características que devem ser conhecidas pela família, pelos cuidadores e pela equipe de saúde:

- ▶ A criança mama pouco e com elevada frequência.
- ▶ A criança dorme muito e o sono interfere na mamada: tem dificuldade para acordar espontaneamente e, algumas vezes, deve ser acordado para mamar.
- ▶ Regurgita com facilidade: faça a orientação de pouco manuseio da criança após as mamadas, evitando levantar os membros inferiores na troca de fraldas. Mantenha-o em posição canguru após as mamadas.
- ▶ Pausas respiratórias e apneias: às vezes, ocorrem por imaturidade ou ocorrem por RGE.
- ▶ Fazem hipotermia com facilidade: atenção especial à manutenção da temperatura, reforçando a importância da posição canguru.

As orientações da equipe de profissionais de saúde são muito importantes nesta etapa, pois a mãe e/ou familiar tendem a interpretar o comportamento do RN como alterado, acreditando que o leite materno é fraco ou insuficiente, e se sentem inseguros.

Essas características mudam a cada semana com o amadurecimento da criança, que se torna cada vez mais eficiente para mamar e controlar sono e a temperatura corporal. Esses aspectos devem ser reforçados com a família para que ela compreenda tais situações como um período de transição.

Observa-se que a própria criança, a partir de seu desenvolvimento, mostra-se diferente quando acordado e na posição canguru. Mostra interesse em olhar o ambiente, olhar para o rosto de quem a abriga no colo e para as expressões da mãe e/ou pai. Pode mostrar interesse em se comunicar de maneira diferente, o que em geral acontece, após ter alcançado a idade de termo.

## Orientações para os cuidados diários

### Banho

Lembre que pode ser dispensável em determinados dias. O importante é manter a higiene da região perineal após cada troca de fraldas. Durante o banho, recomenda-se que o ambiente esteja fechado, aquecido, com tudo preparado antecipadamente (roupas, fraldas, toalhas etc). O banho deve ser de imersão, o sabonete deve ser neutro e a criança deve ser secada e aquecida e colocada em contato pele-a-pele, na posição canguru.

### Troca de fraldas

Realize a troca da fralda de forma lateralizada. Abra a fralda e vire a criança de lado para a troca e higiene da região genital, sempre com movimentos em sentido único da frente para trás. Se necessário, vire a criança do outro lado para finalizar a higiene. Preferencialmente, use algodão umedecido com água e evite o uso de produtos industrializados na pele do recém-nascido. Não apertar demais as fraldas. Nunca eleve ou flexione as pernas e quadril, porque dessa forma aumentamos a pressão intra-abdominal e facilitamos o RGE.

### Posturação

Após as mamadas, mantenha a criança na posição canguru. Reforce com os cuidadores que os recém-nascidos não podem usar travesseiros. Seu uso ocasiona flexão exagerada da cabeça, provocando obstrução das vias aéreas, com risco para apneia.



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

## As repercussões afetivas e comportamentais do nascimento prematuro

A antecipação do nascimento causa alterações importantes e muito rápidas no planejamento da família, em especial do casal. Os preparativos para a chegada do RN quanto a roupas, berço, espaço como a ampliação da casa ou reorganização do ambiente doméstico; os compromissos profissionais da mãe ou mesmo de quem vai ajudá-la nos cuidados com o RN, são atropelados pelo parto antecipado inclusive provocando ansiedade.

Além disto, a preparação psíquica para a chegada de um RN que vai se construindo, com diferentes tarefas e reformulações afetivas a cada semana gestacional até o momento do nascimento a termo, é interrompida. O nascimento prematuro determina, que também a mãe e o pai deste RN sejam considerados prematuros. Assim como seu filho, não finalizaram algumas construções biopsíquicas que os tornariam mais capacitados a cuidar da criança recém-chegada.

De forma diferente, mas também significativa, isto acontece com avós, tios e irmãos do recém-nascido. A família não estava preparada para este momento, podendo ocorrer certa desorganização no cotidiano familiar. Isto pode parecer simples quanto a re-organização de aspectos práticos como o enxoval do recém-nascido e a arrumação da casa, mas não acontece o mesmo em termos emocionais.

E para o recém-nascido? O nascimento prematuro traz muitas solicitações ao RN, na medida em que sua formação e seu desenvolvimento não se completaram ou não se sofisticaram o suficiente para permitir a ele uma boa adaptação ao ambiente extra-uterino. Não foi permitido à criança adquirir melhores competências para enfrentar com menos traumas as peculiaridades do ambiente extra-uterino, o que só é possível no nascimento a termo. Da mesma forma que fisiologicamente temos um RN não preparado para assumir respiração, controle térmico, organização de aspectos sensoriais a partir dos estímulos que passa a receber, psicologicamente não existe ainda uma estrutura segura quanto ao que vai ser solicitado a ele.

A separação precoce do corpo da mãe, sensações como a secura da pele, a presença da gravidade, os barulhos, a luz do ambiente que não possuem mais as barreiras do corpo materno, ultrapassam os limiares de regulação de seus diferentes sistemas. Os cuidados que se fazem necessários após o parto

antecipado ou de risco, a ida para a unidade neonatal, trazem consigo a necessidade de serem construídas formas diferentes de comunicação e intimidade para que o processo do estabelecimento do vínculo afetivo possa ocorrer. Este processo que prevê, para sua construção, no pós-parto, experiências de continuidade e proximidade física e psíquica entre a mãe e o recém-nascido, não encontra tais recursos além de ser estabelecida uma nova temporalidade nesta relação. A ida da mãe para a enfermaria e o recém-nascido para a unidade neonatal ocasiona uma separação física que pode significar o aparecimento de um certo distanciamento afetivo com riscos para a costura dos laços afetivos.

Neste contexto, os cuidados propostos pelo Método Canguru assumem grande importância como proteção para que esta tríade – mãe, pai e filho - encontrem formas que permitam um vínculo afetivo seguro e prazeroso. Dentro destes cuidados se incluem intervenções que potencializam a participação da mãe e seu companheiro no parto e na ida do RN para a UN, o que continua durante toda a permanência do RN no hospital.

A participação dos pais possibilita que se provoque uma proximidade familiar para que o percurso parental de reconhecimento deste filho, que rompeu com a história esperada e imaginada pela família, seja alcançado. A decodificação de seu comportamento, de suas manifestações faciais, de suas expressões e de suas necessidades passa a ser uma nova tarefa no estabelecimento do processo de afiliação e conseqüentemente da formação da parentalidade. Para tal, existe por parte da equipe de saúde, estímulos para que conversem e discutam com os médicos, enfermeiros e diferentes profissionais suas dúvidas e suas observações sobre o filho, o que diminui a ideia de que “apenas a equipe sabe cuidar destes bebês tão pequenos”. Este convite dos profissionais de saúde garante aos pais o lugar que de direito lhe pertence, junto ao filho recém-nascido. Permite que descubram suas capacidades de cuidar do RN, mesmo no ambiente da unidade neonatal, geralmente marcado pelo profundo saber da equipe.

## A ida do recém-nascido para casa

O retorno para casa não significa que tudo se encontra resolvido. Este momento é coroado por satisfação e tranquilidade, mas com frequência surgem sentimentos e pensamentos semelhantes aqueles do início da internação.

O incentivo da equipe de saúde à participação da família nos cuidados com o RN repercute na ida para casa, tornando-a mais segura e mais tranquila. No entanto é com a posição canguru ou contato pele-a-pele que isto mais se reforça, pois é através dela que se possibilita um contato íntimo e privado entre a mãe e o bebê ou entre o pai e o bebê. No momento em que o RN se encontra em contato pele-a-pele é restaurada a necessária privacidade e intimidade entre ele

e seus pais, responsável por trocas afetivas e pela comunicação tátil/corporal tão significativa para o estabelecimento do vínculo afetivo.

A posição canguru devolve aos pais a segurança de que o filho os reconhece e fortalece uma ligação especial e única. Proporciona sensações próprias de contingência, de amparo e sustentação afetiva como propõe Winnicott (1988) ao nos falar de *holding* e *handling*, representantes de cuidados maternos substanciais para a criança.

Com o Método Canguru, as funções parentais são apoiadas com sugestões, orientações e compreensão da equipe de saúde, facilitando aos mesmos a descoberta dos caminhos a serem trilhados no cuidado com seu filho, desde seu nascimento até a alta da terceira etapa e nos ambulatorios da UBS. Isto não significa determinar o que deve ser feito, mas estimulá-los a reconhecer as necessidades da criança.

São estas as estratégias para o apoio dos pais, agora em casa com o bebê: estímulo às suas competências parentais, reconhecimento de seu saber sobre esta criança, apoio a manutenção da posição canguru, facilitando a proximidade física/tátil e a intimidade na relação afetiva.

## A criança em casa

Mesmo pequenos e *parecendo* frágeis, os RN nos comunicam que conseguem perceber o que se passa ao seu redor, reagem a isto e modificam seu comportamento. Isso já é observado desde a mudança da UTI Neonatal para a segunda etapa do MC, na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa) e ainda mais ao deixarem o hospital na terceira etapa.

Os RN são **capazes de se movimentar, levantar braços, pernas, mudar** de posição fazendo os monitores tocarem seus alarmes quando a mãe entra na UN. Estendem suas mãos para buscar o contato com a mão da mãe, do pai, da avó em suas aproximações através da portinhola da incubadora. Quando o barulho é alto, tentam se proteger colocando as mãos nos ouvidos.

Mas é nesta terceira etapa que vamos ter mudanças ainda maiores. Os barulhos, os cheiros, as diversas mãos que os tocavam, a rotina da unidade neonatal, tudo é deixado para trás. A temperatura se modifica, o cheiro da comida familiar sendo preparada, os barulhos normais de uma casa, o berço que o acolhe, a chegada de visitas, tudo se transforma. Sem dúvida, isto pode trazer sensações diferentes, desconhecidas e até incompreensíveis para o RN, havendo necessidade de que alguém explicita este novo mundo para ele.

Torna-se necessário explicar, falar para ele o que está se passando. Este tipo de atenção, que envolve comunicar para o RN o que está ocorrendo, é uma prática disseminada e presente durante a internação. Portanto, a criança está

acostumada a receber informações, o que é fundamental para que ela possa se tranquilizar, não pelo entendimento das palavras que são ditas, mas pela intencionalidade que ela sente existir por parte do cuidador que deseja participar o que está acontecendo à criança.

*Explicar o que se imagina que ele esteja pensando, o que ele parece estar sentindo, observar as expressões de seu rosto e seus movimentos, transformar em palavras o que ele nos diz, é fundamental. Ao escutar sons diferentes na casa, na vizinhança, ou na rua, explicar do que se trata. É desta forma que ele irá conhecer o espaço familiar, as tarefas que são realizadas e o seu lugar nestes ambientes. Ao conversar com a criança, é importante favorecer o contato olho no olho.*

Esta conduta - demonstrar que se possui preocupação para com o que ele sente e provavelmente pensa - é importante para a criança se sentir apoiada pela equipe de saúde e pela família. Mas temos que frisar que é extremamente relevante para o *desenvolvimento de seu pensamento e linguagem, habilidades fundamentais e riquíssimas da cognição.*

Ainda no hospital, ele sabia que a ida para casa estava próxima, que iria descobrir muitas novidades. A chegada em casa também deve ser anunciada, explicando o que está acontecendo. É importante que, especialmente a mãe, tanto ao sair de casa como ao chegar, fale ao RN sobre o que irão fazer ou fizeram, o que aconteceu em cada encontro que se deu em casa ou fora da mesma.

Isto deve ocorrer também no ambulatório da UBS, com a apresentação da enfermeira, do médico ou qualquer profissional que o irá atender. Além disto, seu exame, o toque, alguma intervenção deve ser precedido da palavra que explica e informa o que irá acontecer. É desta forma que o mundo recebe significados que ajudarão qualquer criança a reconhecê-lo como um lugar seguro e confiável.

Nas primeiras semanas em casa, a existência de rotinas é importante para facilitar a adaptação da criança em seu novo ambiente. Organizar horários de banho, de higiene, pequenas saídas, respeitar horários preferenciais de seu sono, diminuindo ruídos e sons, permite relaxamento e organização da criança. A família deve preparar o ambiente para sua vinda, como evitar televisão ou som em volume alto e excesso de visitas. Ele está organizando sua percepção, está iniciando o processo de conhecimento de cada som, de cada estímulo, de cada palavra, de cada gesto. Se ele receber todos estes estímulos sem organização e sem cuidado, muito provavelmente irá experimentar um excesso de informações para as quais ainda não possui capacidade de processar. Isto pode trazer como consequência dificuldades para conciliar o sono, irritação e até interferir na amamentação.

## *O excesso de estimulação incomoda o recém-nascido pré-termo*

É recomendado manter a posição canguru, aproveitar para embalar a criança neste momento, cantar baixinho, contar histórias ou mesmo contar a história de seu nascimento e de quando ele estava na unidade neonatal. Lembrar de profissionais que foram carinhosos e que o apoiaram neste período. Enquanto a comunicação entre mãe e filho acontece, estarão os dois encaixando as diferentes peças do quebra-cabeças que retratam suas experiências durante este período, ou seja, organizam uma melhor ideia de tudo que aconteceu, estruturam estas vivências numa narrativa, o que vai ser extremamente terapêutico para ambos. Mais seguros, os pais poderão manter melhores registros dos cuidados oferecidos durante a hospitalização. Ao mesmo tempo, o embalar, enquanto cantam para o filho em seus braços, oferece cuidados direcionados à integração sensorial, da maior importância para o desenvolvimento da criança.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica** : cuidado compartilhado. Brasília, 2016.

LAMY, Z. et al. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2011.

WINNICOTT, D. W. **Textos Selecionados da Pediatria a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1988.

ZORNIG, S. A.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 7, n. 4, p. 135-143, 2004.



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

# Redes sociais de apoio

Compreender a prematuridade a partir do conceito de rede de apoio permite entendê-la como um processo complexo que envolve vários aspectos: os biológicos/clínicos, próprios de cada criança, a relação dos pais/familiares e os diversos ambientes nos quais ela participa, como os serviços de saúde e as intervenções da equipe multidisciplinar. É um olhar para o ecossistema que envolve o RNPT, o qual não pode ser abordado de maneira fragmentada.

*Quem nunca passou por uma situação difícil na qual o apoio da família e amigos foi fundamental? Poder contar com algum tipo de ajuda, como alguém para ouvir suas angústias, para ajudar na casa ou com os outros filhos pode fazer a diferença. Tal apoio permite que se tenha mais recursos para enfrentar uma determinada situação, e isso é ter uma rede de apoio social.*

## Definição de rede social de apoio

As redes sociais são relações que compreendem não apenas a família, mas os vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo, e as relações que são estabelecidas na comunidade.

## Importância da rede social de apoio

O apoio social é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, sendo mais importante durante os períodos de transição e mudanças como, por exemplo, o nascimento de um filho pré-termo. Esta situação *pode* se configurar como uma crise, comprometendo o estabelecimento dos vínculos afetivos e os cuidados destinados à criança e seu desenvolvimento.

A possibilidade de ter alguém que cuide dos pais permite que os seus papéis de pai/mãe sejam mais facilmente desenvolvidos. Quando os pais dispõem de uma rede de apoio, a criança, além de não perder os pais, agrega para si outras pessoas que poderão oferecer cuidados.



\*Adaptado de Brito, Koller, 1999.

As mães de recém-nascidos pré-termo passam por uma vivência intensa onde se misturam desejo, culpa, medo e ansiedade, e por isso, apresentam uma necessidade especial de acolhimento para os seus sentimentos. As mães que são cuidadas e acolhidas aumentam sua capacidade de reconhecer e atender as necessidades da criança e de ser mais responsivas com ele.

### Perguntas norteadoras para identificação da rede social de apoio

- ▶ *Com quem os pais/família podem contar?*
- ▶ *Quais são suas necessidades neste momento?*

Estas duas questões devem ser avaliadas para o planejamento das intervenções realizadas pela equipe de saúde da atenção básica. A percepção dessa equipe a respeito do grau de dificuldade da situação vivenciada pela família é fundamental, pois identifica a necessidade de se acionar uma rede de apoio que possibilite à família seguir acompanhando a criança e promovendo o seu desenvolvimento.

Graficamente podemos então pensar a rede de apoio familiar e social como mostrado na Figura 2.

**Figura 2.** Esquema de rede de apoio familiar e social



Fonte: (BRASIL, 2016).

*Conhecer as principais características da rede de apoio social de uma família permite ao profissional de saúde da atenção básica realizar um diagnóstico situacional e planejar as intervenções necessárias*

## Funções da rede social de apoio

Os tipos de apoio recebido ou percebido pelos membros da família indicam as funções desempenhadas na rede, as quais podem ser:

- ▶ **Apoio emocional:** trata-se das interações de estímulo e apoio, além da existência da empatia emocional individual de cada um.
- ▶ **Companhia social:** compreende as atividades realizadas em conjunto ou simplesmente o fato de os membros da rede estarem juntos com a família. Por exemplo, a convivência da mãe com algum membro da família, amigo, profissional de saúde ou de outra instituição, com os quais possa compartilhar suas atividades. Lembramos que as mulheres em situação de rua,

às vezes não tem parceiro fixo e, muitas vezes assumem todo o papel de cuidar do RN sem nenhum apoio familiar.

- ▶ **Guia cognitivo:** é uma função que permite a troca de informações pessoais, familiares, esclarecimentos de dúvidas, rotinas do serviço e expectativas, além da possibilidade de que o membro da rede sirva como modelo de cuidado. Observa-se esta função, por exemplo, quando a avó materna orienta a mãe nos cuidados com o banho da criança em casa ou quando o profissional esclarece as dúvidas dos pais sobre o desenvolvimento do recém-nascido.
- ▶ **Ajuda prática:** é a interação que permite ajuda tanto na organização quanto na execução das rotinas da família, atividades domésticas e nos cuidados prestados à criança. Um exemplo, seria quando uma vizinha se oferece para cuidar dos filhos mais velhos, levá-los na escola ou mesmo ajudar no serviço da casa.
- ▶ **Ajuda material:** apoio prestado pelo fornecimento ou encaminhamento de recursos materiais, como cesta básica, condução para transportes, ajuda financeira e até mesmo conseguir alojamento ou abrigo para a mãe que é moradora de rua, entre outros.
- ▶ **Ajuda espiritual:** apoio percebido ou recebido pela família, mediante crenças religiosas e espirituais, que permite mudança na perspectiva subjetiva do processo saúde-doença. Nesse processo a família pode atribuir outro significado para determinadas experiências adversas, facilitando o processo de enfrentamento das mesmas.
- ▶ **Ajuda de serviços:** refere-se aos serviços de saúde que oferecem atendimento e acompanhamento aos recém-nascidos e suas famílias, bem como o tipo de apoio técnico recebido.

## Quando a família se desagrega

Ninguém está preparado para o inesperado. Esperamos sempre que tudo aconteça de acordo com o planejado. Por isso, toda a família experimenta as mudanças do ciclo da vida familiar e nas situações, a princípio, inesperadas<sup>12</sup>. O nascimento prematuro de um filho é considerado uma alteração do ciclo normal da vida.

Os pais, que já tem um relacionamento conflituoso e com distanciamento afetivo, algumas vezes, antes do nascimento da criança, mostram-se mais vulneráveis à uma crise que pode surgir neste momento e, por sua vez, parecem enfrentar com mais dificuldades a sua relação conjugal.

*A crise que surge com o nascimento da criança pré-termo pode ser geradora de mais conflitos, desagregação conjugal e familiar. Portanto, o relacionamento familiar, especialmente do casal, deve ser cuidado por todos, seja nos ambulatórios especializados, seja pelas equipes de saúde da atenção básica.*

Os papéis e as funções na dinâmica familiar ficam confusos e devem ser renegotiados. Esta nova arquitetura familiar vai depender de alguns fatores, tais como:

- ▶ Da dinâmica pessoal de cada cônjuge
- ▶ Do padrão das famílias de origem
- ▶ Das condições socioeconômicas
- ▶ Da rede de apoio social

*Preservar os vínculos afetivos familiares por meio do acolhimento à família é cuidar da saúde de todos os integrantes desse grupo e, portanto, garantir para a criança um espaço mais saudável, que contribua para o seu desenvolvimento.*

## Ferramentas de abordagem familiar

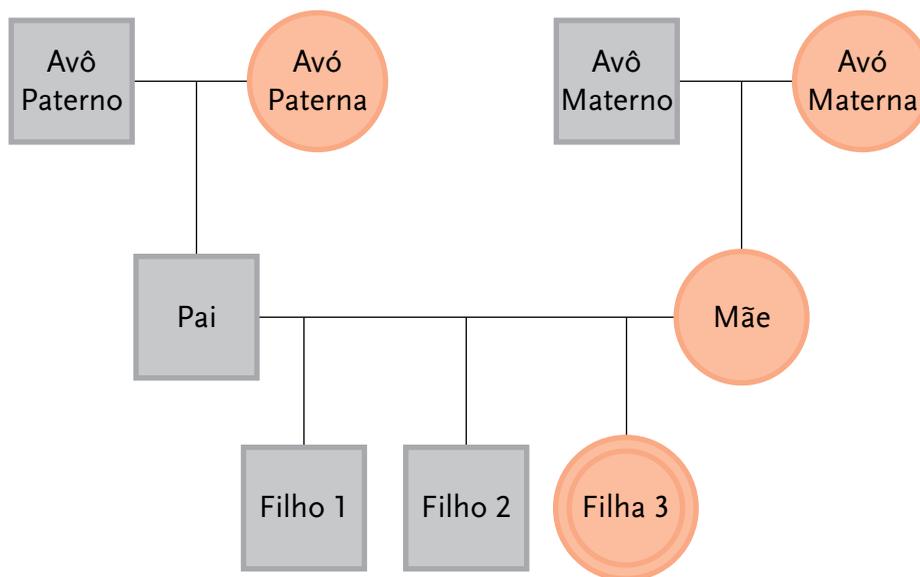
### Genograma

#### **Configuração das famílias e sua dinâmica relacional.**

O Genograma é uma ferramenta utilizada, inicialmente, em pesquisas sobre família e adotado historicamente por terapeutas familiares e nas últimas décadas por profissionais das UBS. É um diagrama, um mapeamento gráfico que detalha a estrutura e o histórico familiar, além de mostrar a demografia, o funcionamento e as relações na família, bem como, as etapas do ciclo de vida familiar.

O Genograma explicita os nomes, idades e a profissão dos membros da família; o tipo de relacionamento entre eles; as datas de eventos, como casamento, morte, separações, abortos; ocupações, condição especial de saúde, local de residência; e demais informações que se mostrarem importantes, além de evidenciar o padrão de relacionamento da família. Para a construção do Genograma os dados são representados graficamente por símbolos. (Figura 3)

**Figura 3.** Representação Gráfica do Genograma



Fonte: (CARTER B.; MCGOLDRICK M. 1995).

### **Construindo o Genograma com a família.**

Para a construção do genograma é preciso:

- ▶ Destacar no mapa a família de origem dos pais da criança, avós, irmãos e, também, as pessoas que não são parentes mas que tem uma intimidade e estão próximas da família.
- ▶ Pedir que falem sobre quem são as pessoas que fazem parte da família, quais são estas pessoas, suas idades, profissão/ocupação, os fatos positivos e negativos que marcaram a família.
- ▶ Marcar, também, as pessoas que faleceram, as que apresentam alguma situação especial (doença, uso de droga, etc.), o grau de instrução, as mudanças mais importantes que ocorreram (casamento, separação, trabalho etc).

### **Questões que poderão ser abordadas durante a confecção do genograma:**

- ▶ As relações na família se modificaram durante a gravidez e nascimento da criança?
- ▶ Algum membro da família teve filho que nasceu prematuro?
- ▶ Como reagiu sua família quando nasceu seu filho?
- ▶ Há mais alguma coisa que vocês gostariam de acrescentar?

Após realizar o desenho da configuração e da estrutura familiar marcar com os símbolos o tipo de relacionamento que ocorre entre as pessoas.

Além de outras informações explicitadas na construção do genograma, destaca-se a possibilidade de identificação da dinâmica das famílias, caracterizando os padrões relacionais no seu funcionamento. Esta informação é fundamental para os profissionais de saúde que acompanham famílias em contextos de crise e com crianças que apresentam riscos no desenvolvimento, pois permite planejar intervenções de apoio que poderá ajudá-los a lidar com as dificuldades apresentadas.

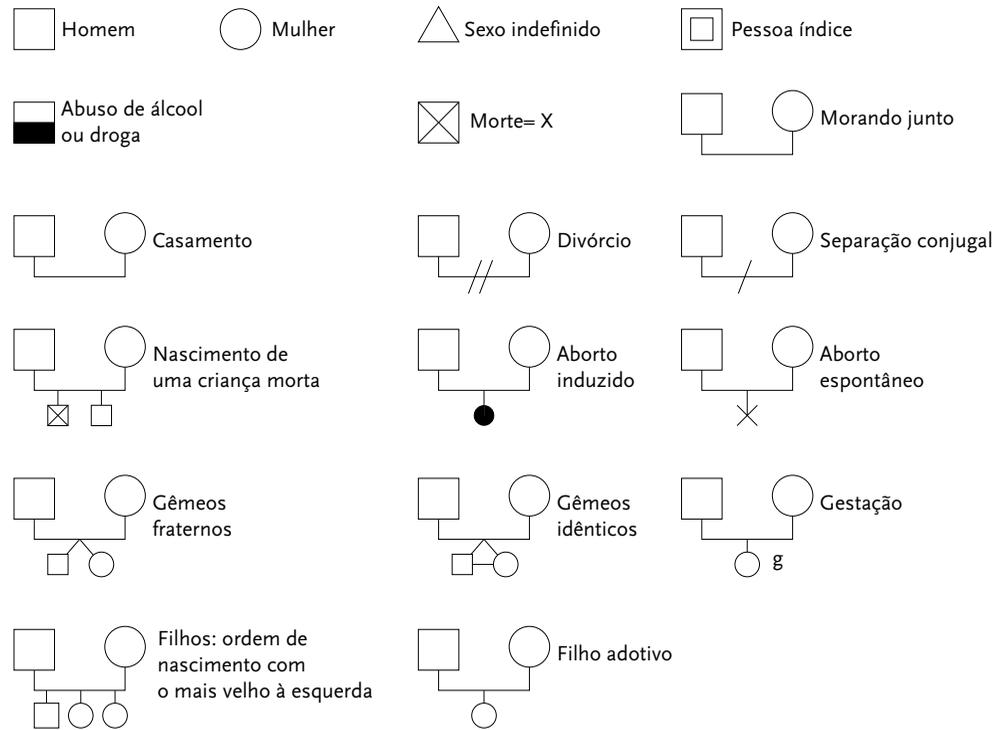
Descrição de padrões de relacionamentos identificados em famílias (Figura 4)

- ▶ *Relacionamento harmônico*: experiência emocional de união entre os membros da família, cujos interesses, atitudes ou valores são recíprocos e marcados por sentimentos positivos. Nesse caso, os membros se diferenciam entre si e suas famílias de origem.
- ▶ *Relacionamento distante*: este tipo de relacionamento caracteriza-se pela ocorrência de pouco contato entre os membros da família, especialmente no que diz respeito ao contato emocional.
- ▶ *Relacionamento conflituoso*: relação marcada por constantes atritos, geradores de ansiedade e inimizades entre os membros da família, expressos normalmente por dificuldades de comunicação.
- ▶ *Relacionamento vulnerável*: relação em que não há um conflito explícito, porém, existe a possibilidade de ocorrer condições adversas ou fases de transição.
- ▶ *Relacionamento muito estreito*: é um tipo de relacionamento que se caracteriza por não haver diferenciação entre os membros da família. Existe o sentimento simultâneo entre pertencimento e separação, predominando o pertencimento.
- ▶ *Aliança*: refere-se a uma relação baseada em regras não expressas mas presentes no sistema, diante das quais as pessoas assumem determinados compromissos, as chamadas lealdades invisíveis, que interferem no processo de diferenciação.
- ▶ *Rompimento*: diz respeito aos relacionamentos nos quais não ocorre contato entre os membros da família, embora exista entre eles uma ligação emocional.

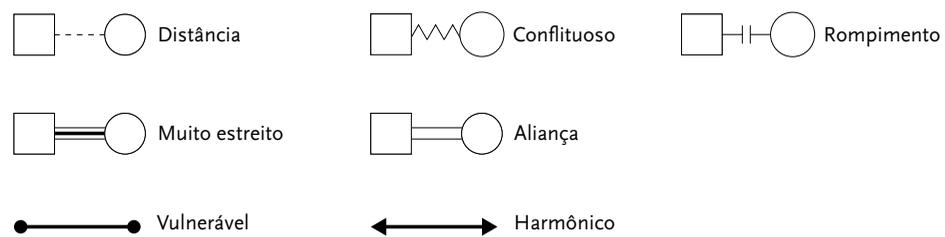
A caracterização das configurações familiares e seu padrão de relacionamento em famílias de recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso, ressalta as influências sobre o desenvolvimento da criança. Observou-se em estudo longitudinal, que famílias com harmonia e aliança em sua dinâmica relacional enfrentaram menos eventos adversos, maior estabilidade socioeconômica e estimulação no ambiente familiar. Assim, o risco psicossocial mostrou-se de baixo a moderado. Ou seja, a presença de responsividade emocional, envolvimento materno,

além de organização no ambiente familiar se caracterizaram como fatores de proteção no desenvolvimento das crianças.

**Figura 4.** Símbolos utilizados na construção do genograma



**Relacionamentos:**



Fonte: (CARTER B.; MCGOLDRICK M. 1995).

**Ecomapa**

**Mapeando a rede de apoio da família.**

O Ecomapa é uma representação gráfica das interações dos membros da família com outras pessoas, grupos ou instituições tais como escola, serviços de saúde, igreja etc. Ele ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família, retratando a interação desta com os diversos indivíduos/grupos sociais, em diferentes momentos da vida familiar, de forma dinâmica.

É de fácil confecção e deve ser construído junto com a família durante a consulta na unidade básica de saúde ou na visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde. Dessa forma, permite a visualização do desenho, pela família, com os símbolos que indicam o seu padrão de interações, permitindo fazer as correções necessárias e acrescentar informações.

Os serviços de saúde têm utilizado amplamente o ecomapa para o planejamento, avaliação e intervenções em saúde.

#### **Forma de representação do Ecomapa:**

No Ecomapa, os membros da família são representados graficamente no centro do círculo, e os contatos com as pessoas, comunidade e serviços nos círculos externos (Figura 5).

As interações são representadas por linhas que indicam o tipo de conexão da família com os membros da rede:

- ▶ linhas contínuas: interações fortes, consideradas importantes.
- ▶ linhas pontilhadas: interações tênues, deficitárias ou pouco frequente.
- ▶ linhas oblíquas: interações conflituosas, expressando atritos e rompimentos.
- ▶ Setas: indicam fornecimento de algum tipo de apoio.

#### **Perguntas que podem ser feitas no momento da construção do ecomapa:**

- ▶ Neste momento, com a criança em casa, vocês estão precisando de algum tipo de apoio?
- ▶ Quem de fato oferece apoio à vocês?
- ▶ Que tipo de apoio estas pessoas e/ou serviços tem oferecido: informação, material, emocional ou outro?
- ▶ Com que frequência vocês recebem este apoio?
- ▶ Algumas destas interações do ecomapa oferecem mais de um tipo de ajuda? Qual?
- ▶ Além da atenção básica a criança está sendo acompanhado por algum outro serviço? Qual?
- ▶ E vocês, familiares, estão sendo acompanhados pela UBS ou por outro serviço? Por quê?
- ▶ Se pudessem mudar a rede de apoio de vocês, agora, o que escolheriam para mudar?

#### **O que se deve incluir no Ecomapa?**

- ▶ Serviços da comunidade utilizados pela família: creche, escolas, unidade de saúde, etc.

- ▶ Grupos sociais: igrejas, associação de moradores do bairro, etc.
- ▶ Relações significativas: amigos, vizinhos, família, etc
- ▶ Trabalho
- ▶ Outras: lazer, etc.

### **Algumas características da rede de apoio devem ser observadas.**

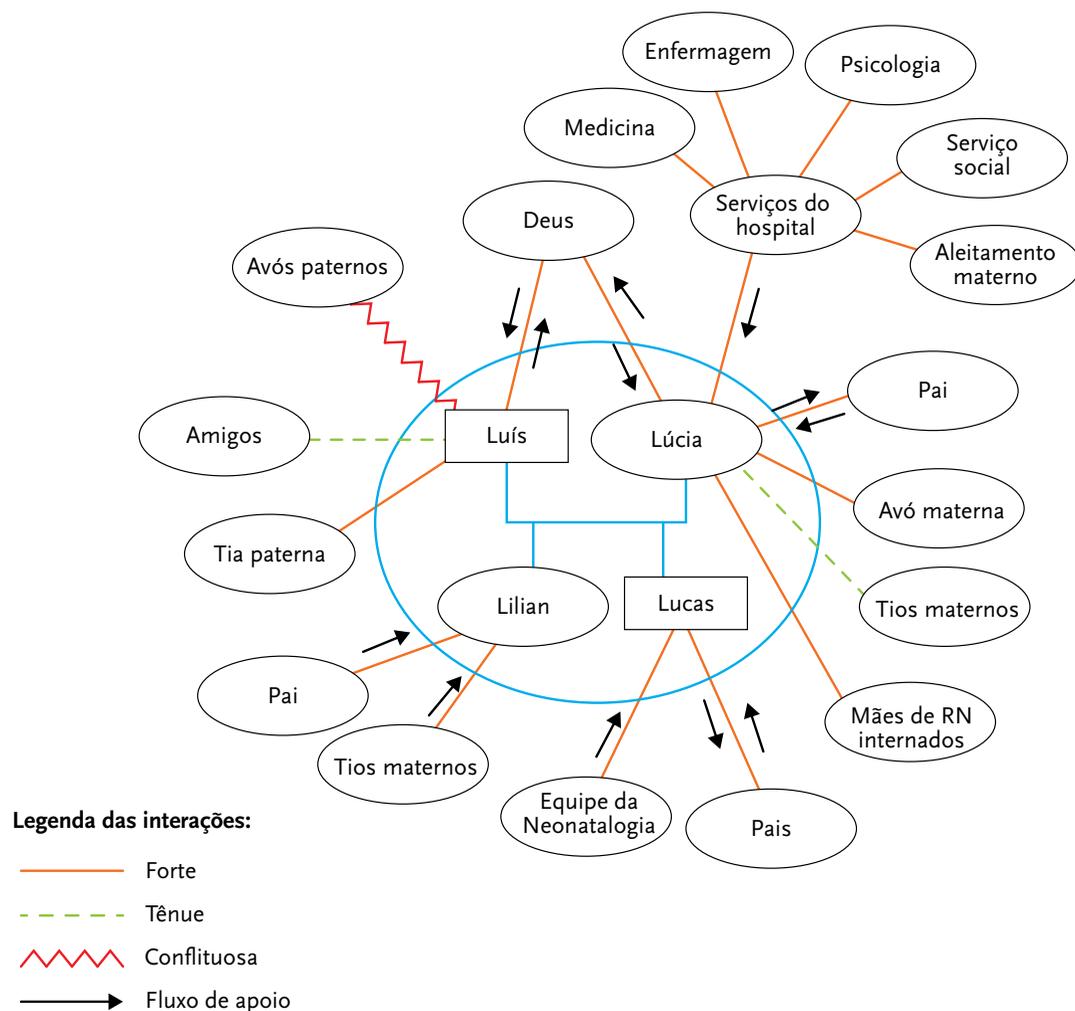
- ▶ Tamanho: refere-se ao número de membros que compõem a rede. Redes de apoio social de pequeno tamanho são menos efetivas em situações de sobrecarga de longa duração. Podem-se citar, por exemplo, os contextos que apresentam fatores de riscos conjugados, como é o caso de famílias que além dos pais da criança estarem desempregados, apresentam também doença crônica.
- ▶ Densidade: diz respeito às interações entre os próprios membros que compõem a rede, o que favorece a sua integração, permite a troca de impressões sobre a família, além da identificação das suas necessidades. Tais interações podem ocorrer entre a creche e a UBS, a creche e os pais, ou entre os pais e a família de origem, por exemplo.
- ▶ Dispersão: refere-se à distância geográfica entre a família e os membros da rede. Isso pode interferir, dificultando a ajuda que a rede de apoio pode prestar nas situações de crise. Um exemplo, seria uma família de outro estado, onde os familiares ficaram no local de origem. Isso também pode ocorrer em cidades muito grandes, onde os recursos de ajuda se encontram distantes, que podem ser tanto os familiares como os serviços de saúde.

O apoio técnico oferecido à família pelos profissionais da atenção básica no momento de transição poderá ajudar na gestão e na resolução de possíveis conflitos, contribuindo para o enfrentamento e a adaptação da família às mudanças.

Da mesma forma, mediante o mapeamento da rede, o apoio técnico identificará quais membros da rede de apoio poderiam desempenhar as funções que atendam às necessidades da família durante a trajetória de desenvolvimento da criança.

*A UBS e o NASF são serviços de saúde que compõem a rede de apoio social, cujo objetivo é fornecer apoio técnico e integral aos RN e as suas famílias, de forma a satisfazer as suas necessidades individuais de saúde, protegê-los dos riscos e promover o seu desenvolvimento.*

**Figura 5.** Representação gráfica do ECOMAPA



Fonte: (PILLITTERI, 1992, adaptado por CUSTÓDIO, 2010).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica** : cuidado compartilhado. Brasília, 2016.

BRITO, M. H. A.; PESSOA, V. L. M. P. Um perfil da mãe prematura. In: MELGAÇO, R. G. (Org.). **A ética na atenção ao recém-nascido: psicanálise-saúde-educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 115-124.

- BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Trad.: M. A. V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
- CUSTÓDIO Z A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida**. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.
- KLEFBECK, J. Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis. **Revista Sistemas Familiares**, v. 16, n. 1, p. 47-56, 2000.
- LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção do desenvolvimento. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 12, p. 18-24, 2002. Suplemento especial.
- MELLO, D. F. et al. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, v. 15, n. 1, p. 79-89, 2005.
- PILLITTERI, A. The childbearing and childrearing family. In: **MATERNAL and child prealth nursing: care of the childbearing andchilddrearing family**. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 2013. p. 23-41.
- RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e a experiência da maternidade. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.
- SLUZKI, C. A. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sobre tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.

## Visita domiciliar

A visita domiciliar (VD) na Estratégia Saúde da Família (ESF) é o instrumento que melhor possibilita as ações e as intervenções na tríade indivíduo-família-comunidade. Ela permite a proximidade com a família, o acesso às intimidades e a troca de experiência entre a equipe de visitantes e o grupo familiar. Aspectos que nem sempre seriam levados às consultas nas UBS podem ser vistos e compartilhados nesse momento.

Se por um lado, a possibilidade de conhecer a intimidade da família pode ser produtiva para as equipes de saúde, por outro, o processo de entrar na casa de alguém requer habilidade e preparo. É importante saber que não necessariamente encontraremos uma família tradicional composta pelo pai, chefe da família, pela mãe, cuidadora do lar e pelos filhos; encontraremos também tios, cunhados, sogros, sobrinhos ou mesmos um grupo de amigos que convivem e vivem como parte integrante da família.

A equipe de saúde também precisa estar preparada para lidar com situações nas quais, às vezes, a casa da família pode ser a rua. Nestes casos, os órgãos intersetoriais da rede de serviços deste território poderão ser acionados como parceiros para intervenções, quando necessárias.

Há necessidade da diferenciação do que seja espaço público e privado, tanto pelas famílias atendidas quanto pelos profissionais de saúde, além de uma comunicação horizontal efetiva entre ambos. Essa construção precisa ser bem trabalhada, mas oferece bons desafios.

A família funciona como um sistema entrelaçado de relações entre os próprios indivíduos, com outros sistemas mais amplos, como o social, cultural, biológico e outros. Estão todos interligados, sendo que o comportamento de cada um dos membros afeta e é afetado pelos outros membros do grupo, assim como pelos sistemas mais amplos.

Conhecer, compreender e aceitar diferentes costumes, modos de vida e diversos arranjos familiares da atualidade, requer, além de sabedoria e capacidade de escuta e acolhimento, uma capacitação prévia diante da complexidade das demandas das famílias atendidas na ESF. Estudos apontam que esse preparo não tem sido priorizado pelos gestores, gerando inquietações e limitando as ações dos profissionais de saúde. Isto quer dizer que esta tarefa tão complexa exige, além de um “perfil”, também capacitação e reflexão sobre a prática.

A comunicação eficaz é um instrumento para humanizar o cuidado e requer:

- ▶ Abertura do profissional para uma escuta qualificada,
- ▶ Compreender as dificuldades enfrentadas pela família,
- ▶ Perceber os conflitos existentes nessas relações,
- ▶ Oferecer espaço para o diálogo,
- ▶ Estabelecer vínculos e laços de confiança,
- ▶ Não fazer julgamentos pessoais sobre determinadas situações.

Tais aspectos são importantes para a mudança das práticas em saúde, que devem ser exercitadas. Além disso, a visita domiciliar também permite o fortalecimento do vínculo e humanização da atenção às famílias.

As práticas curativistas, ainda bastante utilizadas, mostram-se pouco eficazes para gerar mudanças de comportamento e hábitos saudáveis, necessários na prevenção de doenças.

Por outro lado, se quando fazemos uma orientação não tivermos o cuidado de evitar que tais atividades sejam verticais e hierarquizadas, tais como “eu sou o dono do saber e você deve seguir o que eu digo”, elas terão o potencial de mudança reduzido. É importante dar autonomia e corresponsabilizar as famílias no cuidado à saúde. Devemos buscar a construção compartilhada e dar aos sujeitos envolvidos os “papeis principais” e não os de “figurantes”. Lembrar que essa situação já fez parte da internação da criança quando aos pais foi facilitado um trabalho em parceria com a equipe hospitalar, de acordo com os pressupostos do MC.

A visita domiciliar para a família do recém-nascido pré-termo permite um amplo campo de compreensão da dinâmica familiar e do espaço para as modificações necessárias, mediante intervenções propiciadoras de um melhor desenvolvimento e assistência à criança.

Auxilia muito a equipe da ESF se, durante a internação na unidade neonatal, os componentes da família já tenham sido identificados e estimulados a participar dos cuidados, assumindo a corresponsabilidade nos cuidados ao RNPT ou no auxílio à mãe nas tarefas da casa ou com os outros filhos.

As famílias de RNPT passam por uma experiência difícil desde o parto fora do tempo esperado, o estresse pós-nascimento e durante a internação na unidade neonatal. Isso pode aflorar um perfil de temperamento frequentemente denominado de “difícil” pelos profissionais de saúde. É preciso compreendê-los e ouvi-los para saber lidar com essa situação especial.

## A VD como uma ferramenta de assistência à saúde

Os objetivos da VD são:

- ▶ Identificar o sistema de funcionamento da família.
- ▶ Fornecer subsídios para que as famílias se tornem autônomas e responsáveis nos cuidados com a criança.
- ▶ Estabelecer um processo de interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias.
- ▶ Buscar interação da mesma maneira e intensidade entre os sujeitos.
- ▶ Considerar as representações do processo saúde-doença para entender o significado da doença para aquela família. É importante saber como os familiares estão entendendo o processo do nascimento de um RNPT e quais devem ser seus papéis?

Considerar todos estes aspectos no planejamento, na organização, na execução e na avaliação das ações promotoras de saúde.

## Perguntas e observações realizadas durante a visita domiciliar

### Em relação ao ambiente

#### Avalie situações de risco ambiental, biológico, social e psicológico.

Observe aspectos gerais da residência e se esta tem condições adequadas ou **não para o crescimento e desenvolvimento** da criança. Considere o número de familiares, bem como de crianças presentes na casa, assim como a frequência de manuseio do lactente por seus familiares, o que poderá influenciar no aumento do estresse para o mesmo se ele **não estiver** em local mais protegido. É importante orientar os familiares que o RN seja preservado de manuseio estressante, como passar de colo em colo, principalmente após as refeições e durante o período de sono. Considere que, quando o domicílio é a rua, tais riscos se multiplicam quanto a segurança, alimentação, presença de animais e até com relação ao local onde o RN irá dormir.

#### O ambiente está adequado para moradia de um recém-nascido?

A casa pode ser simples e pequena, mas os aspectos de higiene e organização geral devem estar presentes.

Durante a visita, avalie os seguintes aspectos:

- ▶ O número de pessoas residentes versus o **número de cômodos**
- ▶ Se a moradia tem entrada da luz solar e é bem ventilada

- ▶ Se a casa é **fria e/ou úmida** ou há mofo nas paredes
- ▶ As paredes próximas ao berço tem bolor, rachaduras salientes, que possam abrigar poeira, ácaros e insetos.
- ▶ Pergunte onde a criança fica durante o dia e qual o local de maior permanência
- ▶ O aparelho de som, televisão ou rádio fica ligado o dia inteiro? Em que volume?
- ▶ Alguém da casa é fumante, onde fuma? No quarto da criança, em outro cômodo ou fora de casa?
- ▶ Observar se os animais ficam próximos ao berço. Quem cuida do animal cuida também da criança?

Se a casa for insalubre, converse com a família para buscar soluções.

Algumas orientações poderão ajudar:

- ▶ Conserte vazamentos e troque telhas quebradas.
- ▶ Conserte o revestimento da parede e pinte-a com cal.
- ▶ Abra uma janela nova para melhorar a ventilação ou entrada da luz solar.
- ▶ Troque o local do berço.
- ▶ Os fumantes não devem fumar perto ou no mesmo cômodo da criança. Devem ficar de preferência fora da casa.
- ▶ Os animais não devem ficar perto da criança e sim, de preferência, fora da casa.
- ▶ Lave ou passe álcool nas mãos antes de pegar na criança e depois de trocar fralda e/ou pegar nos animais.
- ▶ Evite que as outras crianças peguem no recém-nascido se estiverem doentes e/ou sem lavar as mãos.
- ▶ Oriente os familiares sobre a importância de um ambiente mais calmo, especialmente à noite.
- ▶ Oriente os familiares sobre cuidados com a casa, tais como: mantê-la arejada, passar pano úmido no chão em vez de varrer, para não levantar poeira.
- ▶ Periodicamente, deixe os colchões no sol, lave tapetes e cortinas ou retire-os.
- ▶ Evite o uso de amaciante e sabão em pó com perfume nas roupas do RN. Não se deve usar perfume nessas crianças. Os pais, ao realizar a posição canguru com o recém-nascido **não devem** usar perfumes, desodorantes, além de limpar o excesso de suor ou sujidades no seu corpo.

Com estas simples orientações a criança ficará mais tranquila, confortável e descansada, além de prevenir doenças respiratórias.

### **Onde criança permanece na casa? Existe um berço ou outro espaço definido para ela em ambiente preservado?**

Se a criança não possuir um quarto ou espaço privado, é necessário construir com a família arranjos e pactuações na dinâmica da casa, cuidando para que o local onde ela permanece a maior parte do tempo não seja de alta exposição à luz e aos ruídos frequentes, causando estresse.

*Durante a noite* é necessário que se garantam *períodos maiores de silêncio*, como, por exemplo, desligando o rádio e a TV, controlando-se a intensidade da voz das pessoas durante as conversas, mantendo-se meia luz, etc.

Durante o dia, também são necessários períodos de descanso para a criança, com os mesmos cuidados.

Observar sempre quais são as condições nas quais a criança dorme:

- ▶ Veja se a moradia tem berço e ele onde fica;
- ▶ Reforce que lactentes **não podem dormir com ‘paninhos’ soltos, travesseiros que** possam sufocá-lo durante o sono;
- ▶ Informe os familiares sobre os riscos de morte súbita e broncoaspiração e reforce as orientações preventivas.

### **E se o RN não tem berço e a criança dorme na cama com a mãe?**

Em algumas regiões, existe a cultura de colocar a criança na cama com os pais (co-leito), o que é contra indicado. Oriente a mãe e familiares dos riscos de trauma mecânico, asfixia e broncoaspiração se o RN for colocado na cama com os pais.

*Uma família com poucos recursos pode e deve ser estimulada a procurar apoio e ajuda existentes na comunidade, por intermédio de instituições de promoção social, instituições religiosas e grupos comunitários, para receber auxílio quanto a mudanças necessárias para que a criança receba conforto em sua casa.*

## **Em relação à Família**

### **Como está estruturada a dinâmica da família com a presença da criança?**

Antes da alta hospitalar é feita uma programação, que inclui desde a preparação da mãe e de outra pessoa indicada por ela para os cuidados com a criança – banho, troca de fralda, medicação - até a disponibilidade para o retorno às consultas e as orientações em caso de urgências. Além disso, é construída com ela a rede de apoio, para definir quem vai ajudar em casa com a criança,

com os outros filhos ou com o serviço doméstico. Em casa, tudo fica diferente e torna-se necessária não só uma reavaliação, como também novos acordos familiares, agora feitos pela equipe da ESF.

### **Reveja com a mãe e familiares quais são os arranjos realizados para os cuidados com a criança.**

- ▶ O pai e a mãe estão fazendo “posição canguru” com o recém-nascido, o contato pele a pele?
- ▶ Quem **é o principal cuidador**? Certifique-se de sua real disponibilidade. Caso seja a mãe, certifique-se de que ela consiga estar presente nos principais cuidados dirigidos ao recém-nascido.
- ▶ A mãe ou o principal cuidador tem apoio da família no desempenho de suas tarefas de cuidado?
- ▶ A mãe ou o principal cuidador consegue ter tempo para seu próprio cuidado e descanso?
- ▶ Quem e/ou quantos são os outros cuidadores?
- ▶ Todos estão devidamente capacitados para os cuidados com a criança?
- ▶ Todos sabem como lidar com suas singularidades?
- ▶ Como se estrutura a relação conjugal em relação aos cuidados com a criança?
- ▶ O pai participa dos cuidados? A família permite ou não a sua real participação e, além disso, o incentiva? Ele **é presente nas decisões**?
- ▶ Há muita influência de opiniões de outros membros familiares nas decisões dos pais, dificultando o exercício da parentalidade?

É necessário incluir na rotina das visitas domiciliares a identificação da rede de apoio familiar e social e o ambiente onde a criança se encontra. Esses elementos não podem ser abordados de maneira fragmentada.

Lembramos que, também, devem ser identificados os riscos sociais e psicológicos, tais como o desemprego, drogas, álcool, violência, conflitos, para uma abordagem mais eficaz. Este assunto é abordado no Material do Ministério da Saúde – “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência”.

### **Existe uma rotina diária da família para os cuidados com a criança?**

Durante a VD, de modo informal, é possível observar como a família organiza a rotina da criança. Existem horários definidos para alimentação, sono, banho etc, ou a cada dia os cuidados ocorrem em diferentes horários e executados por diferentes cuidadores? É importante que haja uma rotina organizada e pré-estabelecida para os cuidados, pois com isto diminuímos o risco de estresse e insegurança na criança. Sabendo o que vai acontecer, a criança vai conhecendo

as pessoas que se dedicam a ela, antecipa o que irá acontecer, o que é muito bom para seu desenvolvimento afetivo e cognitivo.

Existe uma preocupação com pequenos passeios, se for possível, e estes estão organizados na rotina do dia a dia da família? Como é o transporte da criança até a UBS ou outros locais? Existe preocupação familiar e social com o lazer da mãe e do pai com a criança e com os demais filhos?

### **Como a mãe se apresenta frente aos cuidados e à maternagem?**

A mãe da criança, mesmo após o preparo para a alta, realizado pela equipe da unidade neonatal, pode se sentir insegura e desamparada pela falta da estrutura hospitalar, com a qual se acostumou durante a internação. Algumas vezes, ela fica sozinha o dia inteiro até o companheiro chegar do trabalho ou sobrecarregada com as demandas que se multiplicam: a criança, outros filhos, a casa, o marido e as opiniões diversas. Por isso, é necessário um olhar diferenciado para ela, permitindo a identificação da necessidade de apoio seja familiar, seja psicoterápico, para saber como intervir.

### **Observe o comportamento da mãe com o recém-nascido.**

- ▶ Ela parece segura nos cuidados com o seu filho: banho, troca de fraldas etc.?
- ▶ Ela está atenta aos sinais a criança? Ela sabe quando ela está com fome, sede, quer colo, etc?
- ▶ Ela está amamentando? Durante a mamada há troca de olhares e carinho. Ela sabe identificar quando a criança quer mamar, antes de chorar?
- ▶ Existem momentos de carinho como: toque, beijinhos e carícias?
- ▶ Ela conversa com a criança e a elogia?
- ▶ Ela usa fala mais “infantilizada”?
- ▶ Ela consegue, com a criança, períodos de descanso suficiente? Ela consegue alimentar-se adequadamente?
- ▶ Ela é **impaciente com** a criança, ríspida nos cuidados, deixa-a chorando sem atendê-la?
- ▶ Ela apresenta esgotamento físico e psíquico? Parece apática e desanimada?

Com tais comportamentos percebe-se o estabelecimento do vínculo mãe-filho ou sinais de estresse/depressão materna. Estes últimos necessitarão de uma intervenção adequada, com avaliação e apoio do NASF e demais especialistas.

### **Em relação à criança**

Algumas vezes o recém-nascido apresenta alguns comportamentos tais como chorar muito, viver irritado e ser difícil para consolá-lo. Essas situações podem

desestruturar a mãe e a família. Esses comportamentos podem ser respostas da criança à depressão ou ansiedade materna, falhas em integração sensorial, regulação afetiva ou sinais de alterações neurológicas na criança. Estas situações devem ser discutidas pela equipe e deve ser considerado encaminhamento a especialistas. Os profissionais devem sempre utilizar a Caderneta da Criança para registrar o crescimento, assim como intercorrências.

#### **Cuidados com a criança.**

- ▶ O recém-nascido está ativo e bem cuidado? Tem alguma assadura?
- ▶ Verifique se o coto umbilical já caiu e se está sendo cuidado corretamente?
- ▶ A criança mama bem? Tem bom ganho de peso?
- ▶ Confira a medicação para ver se ela está sendo administrada corretamente.
- ▶ A família tem comparecido com a criança nas consultas da 3ª etapa do Método Canguru ou na atenção básica e especialistas como, por exemplo, oftalmologista para avaliação de retinopatia?
- ▶ A vacinação está atualizada?

#### **Atenção aos Sinais de Risco.**

- ▶ A criança não está mamando, diminuição ou recusa da dieta
- ▶ Pele: cianose, palidez ou moteada/marmórea,
- ▶ Pausas respiratórias ou desconforto respiratório
- ▶ Hipoatividade, hipotonia
- ▶ Irritabilidade, febre
- ▶ Regurgitação frequente, vômitos
- ▶ Ganho ponderal insuficiente ou perda de peso
- ▶ Icterícia

Nestes casos, encaminhe a criança imediatamente para avaliação com o pediatra/médico da ESF ou para o hospital onde a criança obteve alta, para uma avaliação mais detalhada.

#### **Amamentação.**

Existem muitos fatores que interferem negativamente na amamentação, especialmente nesta população.

- ▶ Tente agendar um horário da VD para que seja realizada uma “observação da mamada, do início ao final”, para avaliar como está a pega, a posição e a sucção do bebê, além de conversar com a mãe e sua família e retomar orientações já iniciadas durante a internação hospitalar.

- ▶ Caso seja possível organize visitas mais frequentes logo após a alta hospitalar, principalmente se estiverem ocorrendo problemas de amamentação.
- ▶ Confira se a família e especialmente o companheiro está auxiliando a mãe na amamentação, apoiando, entendendo suas necessidades neste momento. Desconstrua informações como “leite fraco” ou “salgado”, “dê logo mamadeira para esta criança”, por meio de diálogo com os pais e demais familiares e amigos/vizinhos.
- ▶ Reforce a autoestima da mãe, diga que “ela consegue”, que existe o cansaço e, aos poucos a auxilie a identificar todos os pontos positivos e tudo o que ela já superou.

Caso não esteja amamentando:

- ▶ Identifique as dificuldades e tente ajudar. Caso isso não seja possível, encaminhe a mãe para o Banco de Leite Humano ou para o hospital de origem.
- ▶ Confira se a mãe está oferecendo leite adequado para o recém-nascido, verifique a água que está sendo utilizada para o seu preparo, as diluições, volume e frequência das mamadas.

### **Brincadeiras e atividades de estimulação em casa.**

O desenvolvimento da criança depende de vários fatores, tais como: IG, PN, intercorrências no período neonatal e, principalmente do ambiente de sua casa, ou seja, do quanto ele é estimulador para a criança. O interessante é que uma mãe afetiva, percebe as sinalizações da criança, a incentiva e estimula positiva e constantemente, independente da situação socioeconômica da família.

Muitos brinquedos podem ser confeccionados a partir de sucata e serem interessantes. Criança gosta de brilhos, de objetos coloridos e que produzem barulho. Chamam especialmente a atenção dos recém-nascidos os contrastes entre o claro e escuro, como, por exemplo, vermelho e amarelo, preto e branco. Podemos orientar a família a fazer chocalhos com recipientes vazios e limpos, nos quais colocamos, por exemplo, um pouco de arroz, tendo o cuidado de colar a tampa com uma cola realmente eficaz e os embrulhamos com pano colorido.

Cantar, conversar e embalar o recém-nascido oferecerá a ele experiências prazerosas, que o deixarão mais próximo ao cuidador, permitindo que a criança se torne independente com segurança.

O profissional de saúde, durante a VD, deve ter o olhar diferenciado ao avaliar o ambiente:

- ▶ Há preocupação familiar em torná-lo interessante (colorido, alegre, com estímulos visuais tipo móveis, brinquedos) para o desenvolvimento do recém-nascido?

- ▶ Ocorrem estímulos sonoros e estes são adequados e suaves para a criança?
- ▶ A criança tem alguns brinquedos? Eles estão de acordo com a sua idade para que ele possa se interessar, brincar ou fazer brincadeiras com os cuidadores?
- ▶ O tempo de atenção, de cuidados e de estimulação dispensado a criança por dia é suficiente?
- ▶ A mãe e os familiares conversam com o recém-nascido? O tom de voz é suave e agradável?
- ▶ Lembre-se de que o recém-nascido, em seu nível de maturidade tem dificuldade em se adaptar a uma casa com muitos estímulos sonoros e agitada.

A VD, quando realizada adequadamente, é um instrumento valioso, que pode facilitar a compreensão e o cuidado oferecido pelas famílias à criança. O atendimento pelas equipes de saúde, ao incorporar tecnologias no cuidado, respeitando a família e os seus modos de vida, suas crenças, sua cultura e padrões de comportamento, permite um melhor desenvolvimento dessa população.

Entretanto, é necessária uma reflexão em torno dessa prática, acerca de suas potencialidades e limitações, especialmente as relacionadas ao preparo dos profissionais de saúde para executarem a VD. É preciso considerar as práticas promotoras da saúde e de educação para com as famílias e seus recém-nascidos como uma construção coletiva acerca do processo saúde-doença, considerando-se as pessoas e o contexto que as envolve.

## Referências

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC, Brasil.

**Interface:** comun. saúde educ., v. 5, n. 37, p. 461-472, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo:** desconstruindo a patologia. Campinas: Livro Pleno, 2003.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. **Rev. Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Rev. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 91-97, 2009.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MELO, W. A.; UCHIMURA, T. T. Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 2, p. 323-337, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde; UNICEF; ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL; UNESCO. **Manual de Apoio:** Toda hora é hora de cuidar . São Paulo, mar. 2003.



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

# Aleitamento materno

O aleitamento materno possui inúmeras benefícios para a saúde da criança proporcionando um crescimento e desenvolvimento saudável. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo, sendo um leite mais ricos em calorias, gorduras e proteínas. Entretanto, apesar do reconhecimento das vantagens do aleitamento materno, a prevalência de amamentação dos RNPT ainda é muito baixa em comparação com os recém-nascidos a termo, principalmente no que se refere ao aleitamento materno exclusivo (AME).

As dificuldades na amamentação devem ser observadas considerando-se os inúmeros fatores que envolvem o recém-nascido pré-termo e sua família. Devem ser levados em consideração as situações relacionadas às condições da gestação, o nascimento prematuro, a internação prolongada, fatores socioeconômicos e culturais e a rede sociofamiliar de apoio disponível. Importante também são as particularidades no manejo do aleitamento materno para essa população.

O Método Canguru proporcionou mudanças significativas nesse cenário, aumentando as taxas de aleitamento materno, inclusive após a alta hospitalar nos serviços que implantaram esta política. Mesmo assim ainda se observa uma queda considerável nessas taxas nas primeiras semanas após a alta hospitalar.

## Primeira visita a UBS

O RNPT necessita de cuidados diferenciados na sua alimentação, mesmo após a alta hospitalar. Assim, a primeira consulta na UBS deve ser considerada prioridade para a equipe de saúde. Muitas vezes, os pais podem necessitar de ajuda para estabelecer a amamentação e esse momento inicial de contato com os cuidados da atenção básica é fundamental para o estabelecimento dos vínculos familiares com a equipe.

Para uma atuação adequada nessa primeira avaliação, devemos observar todas as situações que podem envolver o aleitamento materno, entre elas:

- ▶ Em relação à mãe e à família: baixa produção de leite, insegurança materna e familiar sobre o ganho de peso adequado para a criança e rede sociofamiliar frágil;
- ▶ Em relação à criança: mamadas ineficientes, disfunções orais que dificultam a sucção e retirada do leite do peito, baixo ganho ponderal em aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto sem acompanhamento de profissional capacitado, uso de mamadeira e chupeta.
- ▶ Em relação à equipe de saúde: capacitação insuficiente para abordar o desenvolvimento específico do recém-nascido pré-termo, o aconselhamento

manejo do aleitamento materno e situação psicoemocional da mãe e da família, além da insegurança em relação ao bem estar da criança.

*O uso de chupetas e mamadeiras pode diminuir significativamente o período de amamentação, contribuindo também para o surgimento de mordida cruzada e respiração bucal, que traz como consequência amigdalites e rinites. Esse fenômeno ocorre devido à entrada de ar não filtrado e não umidificado pela boca, que provoca o ressecamento das mucosas. Além disso, a respiração bucal dificulta o sono da criança.*

Algumas doenças podem interferir tanto na mamada quanto no ganho de peso adequado: síndromes, malformações, cardiopatias, distúrbios respiratórios, distúrbios neurológicos ou gastrintestinais, como enterocolite necrosante com ressecção de parte do intestino. Todas essas possibilidades devem ser consideradas na avaliação das dificuldades na amamentação da criança e em seu ganho ponderal. Neste caso, contatos entre as equipes da UBS e os agentes comunitários devem ser priorizados para o melhor acompanhamento da situação. Muitas vezes estas crianças necessitarão de encaminhamento a serviços especializados.

## Roteiro de avaliação do aleitamento materno

- ▶ Como está a alimentação da criança? Como está a mãe e a família em relação ao aleitamento materno?
- ▶ A mulher está segura para identificar os problemas relacionados à amamentação do seu filho?

Reveja com ela os sinais de fome: o RN faz movimentos com os olhos, abre a boca, põe a língua para fora, busca o peito, chora, suga ou mastiga as mãos, os dedos, o lençol ou qualquer objeto? Veja também os sinais de saciedade: a criança solta o peito sozinho e mostra sinais de satisfação?

- ▶ A família oferece suporte adequado?
- ▶ Como está a produção de leite?
  - As mamas estão cheias, volumosas e com boa ejeção de leite à expressão?
- ▶ Criança está em AME? Está com ganho ponderal adequado ou baixo ganho?
- ▶ Verifique quais as dúvidas da família, observe a mamada, agende os retornos para acompanhamento e ofereça suporte.

Lembre-se de anotar na Caderneta da Criança os dados na curva de peso, pela idade gestacional corrigida da criança e observe se doenças associadas estão

contribuindo para alguma dificuldade. Obtenha a história da amamentação, os intervalos das mamadas. Pergunte como é o sono da criança e se acorda para mamar. Examine as mamas da mãe e observe a mamada. Dê especial atenção ao aporte do leite posterior, observe se a mãe deixa a criança esvaziar a mama ou se a retira do peito, interrompendo a mamada ou faz troca de seio na mesma mamada. Ofereça a ajuda que se fizer necessária e agende retornos frequentes, dependendo das condições encontradas.

Doenças mais comuns que contribuem para o baixo ganho ponderal do RNPT em AME são:

- ▶ Doença do refluxo gastroesofágico. O Rn apresenta irritabilidade e interrupção das mamadas.
- ▶ Problemas respiratórios com maior gasto energético e cansaço às mamadas.
- ▶ Anemia com repercussão clínica com sucção mais débil e gasto energético.
- ▶ Hipotonia com sucção débil e mamadas ineficientes.
- ▶ Disfunções orais no RNPT com mamadas ineficientes referentes às alterações do funcionamento oral.
- ▶ Infecções como por exemplo infecção do trato urinário.

A criança está em aleitamento misto ou artificial exclusivo?

Observe a possibilidade de utilizar métodos para realizar a relactação e inicie métodos alternativos à mamadeira, a partir do desejo materno e das condições da criança.

Avaliação da mamada

*a) Anote as informações sobre a criança:*

- ▶ Peso de Nascimento (PN), idade gestacional (IG) e IG Corrigida;
- ▶ Peso de alta e peso atual com a evolução do ganho de peso;
- ▶ Dieta atual: AME (leite materno direto da mama ou extraído), leite artificial (LA), forma da complementação (translactação, outras).

*b) Observe e pergunte à mãe sobre o comportamento e organização global da criança:*

- ▶ Sono - se a criança estiver em sono profundo ou sonolência na hora da mamada é necessário acordá-lo suavemente, com toques nas mãos, pés, orelhas e cabeça. Deve-se evitar a região orofacial para não confundir a criança com informações que são necessárias para uma mamada mais efetiva.
- ▶ Estresse e Desorganização - se a criança estiver cansada e estressada, pode apresentar comportamentos como estender o corpo e braços, cobrir

o rosto com as mãos, alterar a frequência da respiração, apresentar reflexos orais débeis, entrar em sono profundo ou até chorar e agitar-se, gastando mais energia e dificultando a mamada. Poderá também entrar em estado de “hiperalerta”, com sérias dificuldades em se desligar dos estímulos nocivos do ambiente.

É necessário organizar e acalmar o recém-nascido antes de colocá-lo para mamar.

Algumas manobras de organização podem ser usadas como pausa na manipulação, redução da luz/ruídos e contenção de movimentos exacerbados, com acolhimento junto ao corpo da mãe.

Uma manobra simples e eficiente para ajudar na organização da criança consiste em envolvê-la delicadamente em uma fralda ou toalha, com os braços em linha média, entrelaçando-se, junto ao corpo. Dessa forma, ele irá se mostrar “organizado”, ou seja, respiração calma, postura harmoniosa, relaxado mas atento e disponível para a mamada, inibindo a agitação motora e o padrão de estender o tronco e o pescoço, facilitando o posicionamento para a amamentação (Figura 6).

**Figura 6.** Manobras para ajudar na organização do recém-nascido



**RNPT organizado, envolvido em coeiro para facilitação da pega na amamentação**



**RNBP organizado para se aconchegar, após crise de choro**

Fotografias: Natália Fernanda Gaspar de Almeida.

*Aprender a observar, compreender e respeitar o limiar de estresse e as condições individuais é fundamental para que as equipes de saúde possam trabalhar com os familiares e com as particularidades da amamentação com cada díade mãe-bebê.*

### *c) Observe fatores emocionais e sinais de vínculo materno*

Observe a participação da mãe e da família, a segurança materna nos cuidados, a quantidade e qualidade do toque e do olhar, identificando sinais de risco como mãe deprimida e pouco atenta às solicitações da criança ou muito intrusiva que pode por sua vez ser sinal de depressão materna. Observe também apatia e sonolência da criança.

### *d) Avalie as condições das mamas*

As mamas devem ser sempre avaliadas quanto à sua anatomia, tamanho (mamas/complexo aréolo mamilar), produção láctea e aos sinais de traumas mamilares.

### *e) Observe o Posicionamento*

A mãe deve estar confortavelmente posicionada. A posição escolhida para a amamentação depende das condições das mamas, peso e idade da criança, da experiência da mãe, da facilitação para a pega, entre outras questões.

Em qualquer posição assumida pela mãe/filho deve-se observar sinais de tensão corporal da mãe verificando se a mesma fica debruçada sobre a criança ou se tem apoio de costas e braços, se está devidamente apoiada e confortável e se não há barreiras entre o corpo da mãe e do filho.

## **Sugestões de posicionamentos para uma mamada mais efetiva**

- ▶ posição de cavaleiro ou cavalinho: quando a criança senta em cavalinho, com suas pernas abertas sobre uma das pernas da mãe. Para crianças mais novas deve ser dada atenção para o apoio da cabeça/tronco nessa posição. O apoio pode ser feito com a mão da mãe em forma de letra “C”, dedo polegar e indicador, sustentando a cabeça e o restante dos dedos e mão apoiando as costas da criança, enquanto a criança não consegue manter a sustentação da cabeça adequadamente. Observe sempre que a boca do RN deve estar na altura do mamilo, para evitar a extensão de cabeça. (Figura 7).

Muitas vezes é necessário o uso de um pequeno apoio para elevar a criança e facilitar o encaixe da sua boca com o complexo aréolo-mamilar. Nesse caso colocar entre a perna da mãe e o recém-nascido uma almofada ou manta dobrada.

- ▶ Posição semissentada: parecida com a posição de cavaleiro. Nesta posição, a cabeça e o tronco também permanecem elevados, porém as pernas do RN ficam viradas para o mesmo lado. Da mesma forma que na posição anterior, deve-se ter atenção à sustentação da cabeça e do tronco.
- ▶ Posição invertida (ou bola de futebol americano): nesta posição, a mãe deve segurar o RN como se fosse uma bola de jogo de futebol americano,

ou seja, deixando-o ao lado do seu corpo e usando sua mão desse mesmo lado para apoiar a cabeça e o tronco da criança, mantendo um discreto padrão de flexão entre o corpo e a cabeça (Figura 7).

Deve-se tomar cuidado para não empurrar a cabeça da criança e sim apenas apoiá-la. Atenção para que a cabeça, o pescoço e o tronco permaneçam mais elevados, de modo que a criança fique com a parte superior do tórax bem encostado na mama, de frente para a mãe.

**Figura 7.** Posicionamentos que facilitam uma mamada mais efetiva



**Posição de cavaleiro**



**Posição invertida**

Fotografias: Natália Fernanda Gaspar de Almeida.

## Como ajudar uma mãe a posicionar seu filho para mamar?

### a) Aplicando as habilidades de comunicação

- ▶ Praticar a comunicação não-verbal (gestos, expressão facial). Por exemplo, sorrir como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente; como sinal de interesse; tocar no bebê ou na mulher, quando apropriado, como sinal de empatia;
- ▶ Remover barreiras como mesa, papéis, promovendo maior aproximação entre a mulher e o profissional de saúde;
- ▶ Usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo;
- ▶ Cumprimente a mãe e a família, reconheça e elogie aspectos em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, estar indo às consultas na Unidade Básica de Saúde;

- ▶ Pergunte para a mãe como está a alimentação do bebê.
  - ▶ Avalie a mamada.
  - ▶ Explique que pode ajudar e pergunte se ela gostaria dessa ajuda.
  - ▶ Dê sugestões e não ordens. Veja se ela está confortável e relaxada.
  - ▶ Explique como segurar seu filho e mostre, se necessário, os quatro pontos chave:
    - Criança com cabeça e corpo em linha reta;
    - Criança com o rosto de frente para a mama e nariz de frente para a aréola;
    - Criança com corpo próximo ao da mãe;
    - Mãe apoiando as nádegas da criança.
  - ▶ Mostre como segurar a mama com a mão em forma de Letra C:
    - Com os 4 dedos contra a parede do tórax abaixo da mama;
    - Com o indicador apoiando diretamente a mama;
    - Com o polegar acima, seus dedos devem estar próximos à divisão da região escura (complexo aréolo mamilar), sem pressionar os ductos lactíferos.
- b) Explique ou mostre como ajudar a criança a pegar a mama:
- ▶ Toque os lábios do recém-nascido com o mamilo;
  - ▶ Espere até que a boca esteja bem aberta
  - ▶ Traga a criança rapidamente ao seio para que ele possa abocanhar, ou seja, colocar a maior parte da aréola que é a área mais escura e arredondada do peito, dentro da boca.
  - ▶ Observe se os lábios da criança estão voltados para fora e o queixo da criança toca o seio da mãe.
  - ▶ Note como a mãe responde e pergunte se está sentindo a sucção da criança.
- c) Procure sinais de pega correta. Se a pega não está correta, tente outra vez, corrigindo os eventuais problemas detectados
- d) Pega e Extração de leite. Na pega correta, deverá haver vedamento labial perfeito da boca da criança e mama da mãe.
- No caso de RNPT, podem ocorrer inicialmente na pega e extração de leite, reflexo de procura/sucção débeis, com pouca força de sucção e língua posteriorizada durante o processo, que já deve ter melhorado até o momento da alta hospitalar.
- Nesse caso, a mãe pode sustentar a mama. A mão da mãe fica semelhante à letra C - dedo polegar no limite superior da aréola e o restante dos dedos sustentando o peso da mama.

Para mamas maiores, o uso de sutiã ou tipóia pode ajudar a sustentar o peso da mama e se constituir em um auxílio facilitador na pega, realizando-se uma prega lateral na pele, diminuindo-se o diâmetro da aréola, de modo que o recém-nascido realmente abocanhe e sustente a pega correta (Figuras 8 e 9)

**Figura 8.** Tipóia feita com pano ou fralda, para a elevação da mama grande na amamentação e o auxílio da pega correta



Fotografias: Natália Fernanda Gaspar de Almeida.

**Figura 9.** Pega correta com sustentação da mama com tipóia e sutiã apropriado em mamas volumosas



Fotografias: Natália Fernanda Gaspar de Almeida.

Quando a criança não consegue realizar uma grande abertura de boca, de modo a abocanhar o complexo aréolo-mamilar, a pega poderá ocorrer somente no mamilo. Nesses casos, é necessário auxiliar a criança a conseguir uma pega correta. Isso pode ser feito estimulando várias vezes o reflexo de procura da criança, tocando o lábio inferior seguidamente, de cima para baixo, para abrir bem a boca. Quando os reflexos estiverem mais ativos, pode-se colocá-lo no peito. Tal estímulo pode ser repetido até se observar que a criança realiza uma abertura ampla da boca e a musculatura perioral cede à tensão excessiva (Figura 10).

**Figura 10.** Reflexo de procura e pega correta



Fotografia: Natália Fernanda Gaspar de Almeida.

O desenvolvimento das habilidades dos recém-nascidos pré-termo no início do processo de amamentação pode apresentar variações devido às próprias diferenças neurofuncionais quando comparados com recém-nascidos a termo.

Portanto, a extração e o padrão global de sucção/deglutição, que incluem o tônus muscular e a coordenação, podem ser imaturos e necessitar de alguns ajustes.

Além disso, a sucção pode variar de acordo com o fluxo de leite na mamada, a fome e a saciedade, viscosidade do leite e as diferentes experiências orais do recém-nascido.

e) Observe padrão respiratório. A adequada coordenação entre a sucção, a deglutição e a respiração é pré-requisito para a alta do RNPT, assim como para o adequado ganho de peso.

O recém-nascido deve estar alerta, ativo e bastante organizado durante a mamada. Observe que, após algumas salvas de sucções vigorosas, há uma pequena pausa para deglutição e respiração. Se o fluxo de leite estiver abundante é possível até ouvir-se o ruído da deglutição do leite. Em seguida o recém-nascido deverá retornar novamente a sucção e assim por diante. Esse processo geralmente leva uns 25 a 30 minutos, sempre com sucção/pausa.

Na fase de aprendizagem, o RN poderá fazer pausas frequentes e até pequenos momentos de sono leve, seguida de sucção novamente. Da mesma forma, podem ocorrer mamadas mais longas e sinais leves de cansaço. Porém, mesmo com mais pausas e pequenos descansos durante a mamada, a força de sucção e coordenação dessas funções deve ser mantida para que o recém-nascido consiga fazer a retirada da quantidade do leite que necessita.

A mamada deve ser observada até o final, pois muitas vezes, no início a sucção apresenta-se muito vigorosa, mas logo em seguida perde a força e as pausas se fazem cada vez mais presentes, atrapalhando a ingestão necessária de leite.

É importante que a família esteja segura e orientada quanto às particularidades da mamada do RNPT para que não se compare o desempenho com um recém-nascido a termo, evitando ansiedade desnecessária e desgaste emocional.

Sinais de risco: se ocorrer alguma alteração mais acentuada no padrão respiratório, caracterizando um desconforto respiratório, a mamada deve ser interrompida até que a criança se estabilize e se reorganize para voltar ao peito de sua mãe. Entre os sinais a serem observados estão: cianose, queda brusca no tônus global da criança, palidez, reflexo de proteção da orofaringe com mordida, escape de leite, tosse, soluço e engasgos.

f) Observar o ganho ponderal. Ele traduz a eficiência das mamadas com retirada adequada do leite. Em casos de baixo ganho ponderal os retornos devem ser mais frequentes, especialmente para a mãe que necessita de orientação para modificar algo no manejo da amamentação, garantindo assim a sequência do aprendizado. Sempre se deve valorizar e reforçar a superação dos obstáculos, como a criança ficar mais tempo acordada, melhorar o padrão de pega/sucção e o aumento de salvas de sucções entre as pausas. Isto poderá favorecer a autoestima e encorajar a mãe a vencer os obstáculos do dia a dia.

Algumas alterações motoras orais são frequentes nos RNPT e podem perdurar durante o tempo de seguimento ambulatorial. A redução da abertura da boca durante o reflexo de procura e a tensão perioral, dificultam a pega correta (Figura 11). Além disso, algumas modificações no posicionamento de língua, durante os movimentos para extração do leite, como por exemplo, o padrão 'mordedor', dificultam a retirada do leite. Em casos mais persistentes a dupla mãe-bebê deve ser encaminhada para serviços especializados, como um banco de Leite humano ou para atendimento profissional especializado.

No início do processo da amamentação, logo após a alta, são frequentes também a dificuldade de retirada do leite posterior e mamadas longas e improdutivas, bem como intervalos pequenos entre cada mamada. Extrair o leite anterior antes da mamada, facilita a chegada mais rápido ao leite posterior.

*Lembre que o ganho de peso, apesar de um instrumento objetivo de avaliação da mamada, não deve ser aferido diariamente na atenção básica, porque desta forma poderá interferir na autoconfiança da mãe.*

Retornos mais frequentes, visando correções dos possíveis erros no manejo da amamentação com abordagem no aconselhamento serão sempre efetivos!

**Figura 11.** Redução de abertura da boca, dificultando a pega correta



Fotografia: Natália Fernanda Gaspar de Almeida.

g) Observe o ambiente durante a visita domiciliar ou pergunte para a mãe sobre o local e condições das mamadas. Observe a luminosidade, ruído, número de pessoas presentes em volta da criança, uma vez que tais fatores podem interferir negativamente na organização da criança e no desempenho final da mamada. Também pergunte a respeito de onde e como a mãe fica em casa para amamentar. Verifique se ela tem local confortável para se sentar, com apoio para as costas e os braços, um copo e/ou jarra de água próximos para saciar sua sede. Oriente o que for necessário.

## Relactação

É o processo de volta da produção do leite em mulheres que já tenham cessado sua produção láctea e desmamado seu filho. Fundamenta-se na sucção frequente do peito visando ao aumento da retirada do peptídeo supressor, inibidor da ação da prolactina.

Sempre será mais fácil quanto menor for a criança e em mulheres que tenham parado mais recentemente de amamentar; no entanto é possível que se consigam resultados positivos mesmo em circunstâncias menos favoráveis, como por exemplo em mães adotivas.

Encaminhar a dupla mãe/filho, caso a mãe de fato deseje voltar a amamentar, para um banco de leite local ou equipe capacitada para este procedimento.

## Confusão de bicos

Durante o aprendizado da técnica correta de sucção, o contato precoce com bicos artificiais de mamadeira, chupeta ou protetores de mamilos, pode causar interferências no padrão correto da extração de leite.

Este fenômeno, denominado “confusão de bicos”, incluído entre as disfunções orais, é definido como a dificuldade da criança em realizar a configuração oral correta para uma pega e extração de leite adequados.

O recém-nascido tem uma habilidade limitada para se adaptar a diversas configurações orais. Por exemplo, para obter o leite da mamadeira, o recém-nascido não precisa abrir muito a boca e a língua geralmente se posiciona mais posteriormente, diferente da pega e extração durante a amamentação.

Algumas crianças apresentam o fenômeno da confusão de bicos mediante apenas um ou dois contatos com um bico artificial como mamadeira, chupeta e bicos intermediários. Outras conseguem passar mais tempo com a utilização de bicos artificiais e manter o aleitamento materno concomitantemente. Embora muitos desses problemas possam ser corrigidos em poucos dias, os fatores que interferiram nas primeiras mamadas podem causar “impressões” inadequadas no funcionamento oral, de tal modo que se tornam extremamente difíceis de modificação.

## Práticas facilitadoras

Práticas facilitadoras podem auxiliar na amamentação do RNPT:

- ▶ Atenção especial às crianças e mães que apresentam dificuldades.

- ▶ Construção de um fluxo de atendimento para crianças na UBS, hospital de origem e visita domiciliar.
- ▶ Fortalecimento da rede de apoio sociofamiliar.
- ▶ Acompanhamento frequente e regular, conforme protocolo da visita domiciliar.
- ▶ Grupos de apoio para as famílias.
- ▶ Capacitação profissional para o aconselhamento e o manejo do aleitamento materno.
- ▶ Fortalecimento da referência e contra referência com a rede hospitalar.

*Embora possa haver dificuldades para a prática da amamentação em RNPT, população de alto risco para desmame, é com certeza um investimento em curto, médio e longo prazo. Mais do que outras pessoas envolvidas neste processo, as crianças agradecem.*

### Quadro 7. Formulário de observação da mamada

|  |  |
|--|--|
| Nome da mãe:   | Data:  |
| Nome do RN:  | Idade do RN:                                 |
| <b>Sinais de que a amamentação esta adequada</b>           | <b>Sinais de possíveis dificuldades</b>      |
| <b>Postura corporal</b>                                    |  |
| Mãe relaxada e confortável                                 | Mãe com ombros tensos                        |
| RN próximo, de frente para as mamas                        | Criança longe da mãe                         |
| Cabeça e corpo do RN alinhados                             | Pescoço do RN torcido                        |
| Queixo da criança tocando a mama                           | O queixo do RN não toca a mama               |
| Nádegas do RN apoiadas                                     | Só o ombro e/ou a cabeça da criança apoiados |
| Mãe segura a mama em forma de “C”                          | A mãe segura a mama em forma de tesoura      |
| <b>Respostas dos RN</b>                                    |  |
| Procura a mama, se estiver com fome                        | Nenhuma resposta em relação a fome           |
| Se movimenta e busca a mama                                | Não busca a mama                             |
| Explora a mama com a língua                                | RN não explora a mama                        |
| Se apresenta calmo e alerta                                | RN inquieto ou chorando                      |
| Permanece preso à mama                                     | RN solta a mama                              |
| Sinais de ejeção do leite: vazamento, cólica uterina, etc. | Não há sinais de saída de leite              |
| <b>Vínculo emocional</b>                                   |  |
| Carrega o RN de forma segura e confiante                   | Nervosa ou carrega o RN de forma insegura    |
| Atenção da mãe face a face com o RN                        | Contato olho no olho ausente                 |
| Muito toque materno  | Pouco toque ou chacoalhando a criança        |
| <b>Anatomia</b>  |  |
| Mamas macias após a mamada                                 | Mamas ingurgitadas                           |
| Mamilos exteriorizados e protrácteis                       | Mamilos planos ou invertidos                 |
| A pele parece saudável                                     | Fissuras ou vermelhidão da pele              |
| As mamas parecem redondas na mamada                        | As mamas parecem estiradas ou caídas         |
| <b>Sucção</b>  |  |
| Boca bem aberta  | Boca pouco aberta e apontada para a frente   |
| Lábios virados para fora                                   | Lábios virados para dentro                   |
| Língua acoplada em torno da mama                           | Língua do RN não visível                     |
| Bochechas redondas   | Bochechas tensas ou para dentro              |
| Mais aréola acima da boca do RN                            | Mais aréola abaixo da boca do RN             |
| Sugadas lentas e profundas com pausas                      | Apenas sugadas rápidas                       |
| Pode-se ver ou ouvir a deglutição                          | Ouvem-se ruídos altos                        |
| <b>Tempo gasto na sucção</b>                               |  |
| RN solta a mama  | Mãe retira o RN da mama                      |
| RN sugou por ___ minutos                                   |  |

Fonte: Material extraído do “Curso de Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento” Organização Mundial de Saúde / Fundo das Nações Unidas / Ministério da Saúde. São Paulo, Instituto de Saúde/OMS/OPAS, 1995.

## Referências

- ALMEIDA, H. et al. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 250-253, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia dos profissionais de saúde. Brasília, 2011. 4 v. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 14/03/2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao recém-nascido**: método canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica** : cuidado compartilhado. Brasília, 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de seguimento compartilhado**: Método Canguru e Atenção Básica: manual de orientações. Brasília, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2.ed. Brasília, 2015.
- BUCCINI, G. S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 3, jul./set. 2011. (no prelo).
- BUENO, L.G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, S126-S130, 2004. 5 Supl.
- LAWN, J. E. et al. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. **Int. J. Epidemiol.**, v. 39, p. i144-154, Apr. 2010. Suppl 1.
- MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 2, p. 187-196, abr./jun. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Aconselhamento em amamentação**: um curso de treinamento. São Paulo: Instituto de Saúde/OMS/OPAS, 1995.
- SANCHES, M. T. C. Enfoque Fonoaudiológico na amamentação. In: CARVALHO, M. R.; MASSON, L. T. (Org.). **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2010. v. 1, p. 101-122.



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

## Suplementação vitamínica

O profissional da atenção básica deve estar atento às necessidades da suplementação vitamínica, devendo atuar para prevenir carências de micronutrientes, especialmente nos primeiros anos de vida.

- ▶ Vitamina D: entre os fatores de risco para deficiência de vitamina D estão a deficiência materna dessa vitamina durante a gravidez e a falta de exposição solar. Contribuem para isso o hábito de viver em áreas urbanas com prédios e poluição, que bloqueiam a luz solar, pigmentação cutânea escura, o uso de protetor solar e a utilização de alguns anticonvulsivantes como fenobarbital e carbamazepina.
- ▶ Vitamina A: a vitamina A possui importante papel no funcionamento do processo visual, na integridade do tecido epitelial e no sistema imunológico, entre outros.
- ▶ Ferro: a necessidade de ferro durante os primeiros anos de vida é muito elevada, sendo importante a consonância das ações de educação alimentar e nutricional para alimentação complementar adequada e saudável com a suplementação profilática com sais de ferro para as crianças de 6 a 24 meses de idade.

As crianças pré-termo alimentadas exclusivamente ao seio devem receber a prescrição na alta hospitalar descrita na tabela 8.

### Quadro 8. Suplementação vitamínica, sulfato ferroso e zinco em RNPT

| Vitamina/Mineral  | Dose   |
|---|--|
| Polivitamínico (solução oral) contendo vitaminas A, C e D | Dose de 12 gotas VO 1x/dia; ou, vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia). |
| Sulfato ferroso (solução oral)                            | A dose profilática para o RNPT é de 3-4 mg/kg/dia de ferro elementar VO durante o primeiro ano de vida.  |
| Sulfato de zinco (10 mg/ml)                               | Dose de 0,5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.  |

Fonte: SBP / Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco Orientações aos pais na alta da UTI Neonatal.

Obs.: Caso a criança esteja recebendo fórmula enriquecida com ferro, deve-se considerar o aporte fornecido pelo leite e completar com sulfato ferroso até atingir a dose desejada. Em áreas endêmicas de malária não deve ser usado ferro

Quando o resultado da triagem para doença metabólica óssea for alterado, será preciso continuar a suplementação de cálcio e fósforo após a alta, com solução manipulada.

Deve-se garantir o aporte de 200-250 mg/kg/dia de cálcio e de 110-125 mg/kg/dia de fósforo, considerando o conteúdo do leite adicionado ao da solução de cálcio e fósforo

Lembre que a exposição solar adequada deverá ser orientada a partir das características do clima, temperatura, de cada região do país. A Sociedade Brasileira de Pediatria e o Consenso Brasileiro de Fotoproteção recomendam que abaixo de 6 meses deve-se evitar a exposição direta ao sol utilizando-se de protetores mecânicos tais como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas. Em casos excepcionais utilizar filtros solares inorgânicos.

## Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Sol na medida certa.**

Disponível em: <<https://www2.isend.com.br/iSend/external/magazine?encrypt=C51E80EE8BE2773B26F30B2C8ED8EB57C5B6891DF9A128CACA74EA480379F040>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento ambulatorial do**

**prematuro de risco.** 2012. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Seguimento\\_prematuro\\_ok.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

## Uso de imunobiológicos

O RNPT apresenta características que o tornam mais suscetível à diversas doenças, mas a sua imunização pode ser iniciada ainda na unidade neonatal, respeitando sua idade cronológica. As condições clínicas dessas crianças devem ser estáveis, isto é, a criança deve estar em fase de ganho de peso, sem apresentar distúrbios ou patologias graves. Necessitam de atenção especial, por isto iremos discutir algumas recomendações para auxiliar as equipes quando receberem as crianças na atenção básica.

Ainda é comum que os RNPT tenham sua vacinação atrasada pelo medo e desinformação das equipes de saúde, ficando expostos a uma série de doenças e ao risco de hospitalização por infecções que seriam preveníveis pela vacinação.

Os detalhes da vacinação prevista pelo Calendário Nacional, de acordo com as características dos RNPT, serão apresentadas no Quadro 9.

**Quadro 9.** Esquema de Vacinação – Calendário nacional, 2018

| Idade     | Vacina   |
|-----------|--|
| Ao nascer | BCG + Hepatite B                                 |
| 2 meses   | PENTA* (DPT/HiB/HB) + VIP** Rotavirus + Pneumo10 |
| 3 meses   | Men C  |
| 4 meses   | PENTA* (DPT/HiB/HB) + VIP** Rotavirus + Pneumo10 |
| 5 meses   | Men C  |
| 6 meses   | PENTA* (DPT/HiB/HB) + VIP**                      |
| 9 meses   | Febre amarela (nos estados recomendados)         |
| 12 meses  | Tríplice viral**** (SCR) + Pneumo10 + Men C      |
| 15 meses  | DPT + VOP**** + Hepatite A + Tetra viral*****    |

Fonte: (BRASIL, 2018).

\*Penta =DTP (Difteria+tétano+Coqueluxe)+HepatiteB+HIB (Haemophilus influenzae).

\*\*VIP (Vacina inativada contra a poliomielite, de uso intrahospitalar).

\*\*\*VOP (vacina oral contra a poliomielite).

\*\*\*\*Tríplice vira=sarampo+caxumba+rubéola.

\*\*\*\*\*Tetraviral=sarampo+caxumba+rubéola+varicela.

### OBSERVAÇÕES SOBRE VACINAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

**A resposta imune do pré-termo:** vários estudos têm demonstrado que na maioria dos casos, a resposta imune do RNPT não difere muito dos RNT e a segurança e tolerância das vacinas são igualmente boas. A resposta imune pode variar dependendo do tipo de vacina e da IG, mas ao se completar o esquema vacinal, os níveis de anticorpos são considerados protetores e a memória imunológica é boa.

**Início da vacinação do RNPT:** a maioria das vacinas pode ser aplicada durante a internação, na unidade neonatal se o RNPT atingir a idade cronológica apropriada para a vacinação.

É recomendado que a vacina contra hepatite B (HB) seja aplicada nas primeiras 12h de vida e as demais vacinas se o recém-nascido estiver clinicamente estável, com algumas diferenças:

- ▶ Não se usam vacinas de vírus vivos em ambiente hospitalar – rotavírus e VOP
- ▶ Para RN pré-termo extremo (menor de 1.000 g ou menor ou igual a 31 semanas) é recomendado que se faça a vacina tríplice bacteriana acelular (DTPa) para a primeira dose, devido ao risco de apresentar apneia e bradicardia quando se usa a vacina de células inteiras.
- ▶ A vacina BCG intradérmica deve ser feita quando o recém-nascido pré-termo ou de baixo peso atingir os 2 kg de peso. Muitas crianças saem de alta sem essa vacina. Portanto, é necessário *vaciná-los assim que for possível*. É importante que o agente comunitário de saúde oriente a mãe quanto a importância da vacinação ao realizar a visita domiciliar após a alta da criança. A evolução da reação vacinal é semelhante à do RNT, com nódulo no local da aplicação, evoluindo para úlcera e crosta com pequena cicatriz ao final de seis a dez semanas. Caso a criança apresente história familiar de imunodeficiência grave, ela deverá ser avaliada antes da aplicação.
- ▶ Na prevenção da transmissão vertical da hepatite B, em recém-nascidos de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIB).
- ▶ A vacina Rotavirus deve ser administrada aos 2 e aos 4 meses e em caso de atraso, a idade máxima para a primeira dose é de 14 semanas e a idade máxima para a segunda dose é de 24 semanas. Tal vacina é *contraindicada em crianças com malformação intestinal ou que tiveram enterocolite necrosante*. Atenção para as idades máximas para a primeira e segunda dose.
- ▶ Para os RNPT extremos recomenda-se na primeira dose de DTP acelular (DTPa) portanto encaminhar a criança ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie) para a primeira vacinação, aplicando a Hib vacina (anti-hemófilo) e a vacina inativada contra a poliomielite (VIP) em separado. Na dose seguinte, deve-se seguir com o calendário regular: pentavalente (hepatite B, DTP e Hib).

### **Existem risco?**

Toda vacina implica em algum risco para qualquer criança, o que reforça a necessidade de orientações adequadas à família, pois é preciso garantir a compreensão do que deve ser observado e instruir os cuidadores como agir numa situação de urgência.

### **E quais seriam os riscos?**

Apneias, queda da saturação e bradicardia podem acontecer com qualquer vacina e não somente com aquelas com o componente *pertussis*. A maioria tem uma evolução benigna e resolução espontânea.

### **Quem está no grupo de risco?**

Ainda se percebe que alguns grupos de pré-termo têm mais probabilidade de apresentar alterações cardiorespiratórias após a vacinação. Parece que a apneia após imunização em RNPT susceptíveis poderia estar relacionada com uma resposta inflamatória generalizada, em vez de uma reação específica para os antígenos da vacina.

Klein et al., identificaram, mediante uma análise multivariada, os seguintes indicadores de risco:

- ▶ RNPT com IG  $\leq 31$  sem
- ▶ Aqueles que foram “criticamente doentes”
- ▶ Aqueles que foram vacinados com menos de 2kg e com menos de 67 dias de vida.
- ▶ E principalmente, os que apresentaram apneias antes da vacinação, pois isso aumenta em 25 vezes o risco de apneia pós-vacinação.

**A DTP acelular garante que não haverá efeito adverso? Não.** Todo recém-nascido (inclusive o RNT) apresenta risco e deverá receber as mesmas orientações de observação e cuidados.

### **Porque acontece?**

Algumas pesquisas sugerem que as apneias fariam parte do quadro da prematuridade e não estariam relacionadas à vacinação. Muitos trabalhos nesta área foram feitos com metodologia inadequada e levaram a essa associação de apneia após a vacinação. Entretanto Carbone et al., em um estudo bem conduzido, acompanharam RNPT com IG média de 27 semanas e PN médio de 900 g, em cuja pesquisa 93 receberam DTPa e 98 do grupo- controle não foram vacinados. Foi observado que 16% do grupo vacinado apresentaram apneia 48h após a vacinação contra 20% no grupo controle, o que reforçou essa teoria.

### **Que outras vacinas também devem ser aplicadas?**

Destacamos a importância da vacina contra o vírus influenza a partir dos 6 meses de vida, pois estas crianças apresentam maiores taxas de hospitalização e de mortalidade. São 2 doses no primeiro ano de vacinação e depois uma dose, todos os anos subsequentes, nos meses de maior incidência do vírus influenza.

Importante ressaltar que neste grupo a vacina anti-influenza está disponível nos CRIEs mesmo fora do período da campanha.

### **E quanto ao uso de antitérmico profilático?**

Em um estudo publicado em 2009, observou-se que a administração profilática de paracetamol, para reduzir a intensidade da febre ou tentar prevenir convulsões febris, resultou em baixa imunogenicidade após a vacinação. Embora a pesquisa tenha sido realizada com o paracetamol, o mesmo pode ocorrer com qualquer antitérmico. Por isso o uso de antitérmico profilático não deve ser recomendado de rotina. Entretanto, o tratamento da febre após a vacinação pode ser feito normalmente.

### **E para a família alguma recomendação?**

Recomenda-se também a vacina contra o vírus influenza para os pais e cuidadores.

No caso de coqueluche, todos os pacientes diagnosticados e todos os contactantes domiciliares devem receber antibiótico terapêutico ou profilático. A recomendação atual do Ministério da Saúde é utilizar como droga preferencial a azitromicina pela maior facilidade de uso. O tratamento e a quimioprofilaxia têm os mesmos esquemas terapêuticos.

Lembrar que já está disponível no SUS a vacina contra coqueluche tipo adulto para gestantes e profissionais da saúde, visando a diminuição dos casos dessa doença.

## **Outros imunobiológicos**

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos maiores responsáveis pelos episódios de bronquiolite no Brasil e no Mundo. Uma das primeiras causas de reinternação após a alta das unidades neonatais é devido aos quadros respiratórios, e apesar de no Brasil as estações do ano não serem bem delimitadas em muitas regiões, eles são mais frequentes no outono e no inverno.

O palivizumabe é um anticorpo monoclonal utilizado para prevenção desses quadros respiratórios provocados pelo VSR.

A população que deve recebê-lo é compreendida por:

- ▶ Crianças nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas de idade gestacional e menores de 12 meses de idade pós-natal, durante a internação e após a alta hospitalar.
- ▶ Crianças menores de 24 meses de idade, portadoras de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica importante ou com displasia broncopulmonar (Portaria nº 522, de 13 de maio de 2013).

As épocas de aplicação do Palivizumabe segue a sazonalidade do VSR, expostas no Quadro 10.

### Quadro 10. Sazonalidade do VSR segundo as regiões do Brasil

| Região       | Sazonalidade      | Período de aplicação do Palivizumabe |
|--------------|-------------------|--------------------------------------|
| Norte        | Fevereiro a Junho | Janeiro a junho                      |
| Nordeste     | Março a Julho     | Fevereiro a Julho                    |
| Centro-Oeste | Março a Julho     | Fevereiro a Julho                    |
| Sudeste      | Março a Julho     | Fevereiro a Julho                    |
| Sul          | Abril a agosto    | Março a Agosto                       |

Fonte: Nota Técnica Conjunta nº 5 2015 – Ministério da Saúde.

O uso da Palivizumabe não previne a infecção pelo vírus sincicial respiratório, mas *evita as formas graves na população de alto risco*, para os quais há indicação da sua utilização.

O Palivizumabe é um imunobiológico de alto custo, com especificações estritas quanto ao seu transporte e à sua aplicação. Por isso, geralmente a família da criança, após aprovado o processo de solicitação, deverá se deslocar até o local determinado para sua aplicação. Cada Estado deverá ter seu protocolo junto ao CRIE.

## Referências

BRASIL. **Calendário nacional de vacinação**, 2018. Disponível em:

<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório no Brasil. Nota técnica conjunta número 05/2015 CGSCAM/DAPE/SAS/MS, CGAFME/DAF/SCTIE/MS e CGDT/DEVIT/SVS/MS. 2015. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistenciafarmaceutica/notas-tecnicas/nota\\_tecnica\\_conjunta\\_n\\_05\\_2015.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistenciafarmaceutica/notas-tecnicas/nota_tecnica_conjunta_n_05_2015.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2018.

CARBONE, T. et al. Absence of an increase in cardiorespiratory events after diphtheria-tetanus-acellular pertussis immunization in preterm infants: a randomized, multicenter study. **Pediatrics**, v. 121, n. 5, p. e1085-e1090, May 2008.

ESPOSITO, S. et al. Vaccines and preterm neonates: why, when, and with what. **Early Human Development**, v. 85, p. 543-545, 2009. Suppl. 10.

KLEIN, P. N.; MASSOLO, M. I.; GREENE, J. Risk Factors for developing apnea after immunization in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics**, v. 121, n. 3, p. 463-469, Mar. 2008.

LIMA, E. J. F. Imunizações. In: FIGUEIRA, Fernando. **Pediatria**. Organizado por João Guilherme Bezerra Alves et.al. 4. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. P. 473-508.

PLOTKIN, A. S.; ORESTEIN, W. A.; OFFIT, P. A. **Vaccines**.  
5. ed. Philadelphia: Saunders, 2008.

ROMAN, P. R. et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials. **The Lancet**, v. 374, p. 1339-1350, 17 Oct. 2009.

## Fluxograma de atendimento

Este fluxograma para atendimento do RNPT traz uma proposta de avaliação de risco de forma rápida, considerando-se os dados obtidos a partir da caderneta da criança, da gestante e as informações adicionais do resumo de alta da internação na unidade neonatal. A partir dessa avaliação de risco, são traçadas estratégias para o atendimento na rede básica, com foco no crescimento e desenvolvimento da criança. Inclui um roteiro e quadro para facilitar a identificação de anormalidades na avaliação neuropsicomotora e indicação dos sinais que demandam avaliação especializada (Quadro 11). Desta forma, pretendemos facilitar o entendimento da lógica do atendimento de recém-nascidos pré-termo para profissionais de saúde.

O atendimento do RNPT deve seguir alguns passos. Para simplificar vamos primeiro estabelecer uma ordem relativa de prioridades na consulta:

- a) Avalie o risco da criança mediante a análise da caderneta da criança, do cartão da gestante e da história neonatal.
- b) Classifique o risco com o levantamento da história familiar e socioeconômica.
- c) Detecte as potencialidades e os prováveis problemas na família em relação ao cuidado físico e afetivo com a criança.
- d) Confira os exames da triagem auditiva, metabólica, cardiopatia crítica e reflexo vermelho.
- e) Identifique, no resumo da alta, achados como retinopatia da prematuridade (ROP), displasia broncopulmonar (DBP), alteração de neuroimagem (HPIV, LPV), asfixia grave/encefalopatia hipóxico-isquêmica e convulsões, assim como a presença de malformações congênitas, síndromes ou alterações da visão/audição e do exame neuropsicomotor. A presença dessas intercorrências demanda seguimento especializado.
- f) Para os lactentes com IG  $\leq$  32 semanas e/ou PN  $= <$  1.500 g, observe: USTF, ecocardiograma e avaliação de fundo de olho (para ROP), assim como rastreamento para anemia e DMO.
- g) Classifique o risco e programe se é necessário o seguimento especializado.
- h) Avalie a necessidade de repetir ou solicitar novos exames.
- i) Cheque o calendário vacinal com as especificidades do RNPT
- j) Pergunte à mãe questões sobre medicações em uso e intercorrências clínicas e/ou internações.

- k) Avalie a alimentação e oriente e estimule o aleitamento materno e corrija os erros alimentares apresentados.
- l) Pese, meça o comprimento e o perímetro cefálico (PC) colocando esses dados na curva de referência, usando a idade corrigida.
- m) Durante o exame físico, busque a presença de sinais mais comuns no lactente pré-termo e que demandem seguimento, tais como RGE, sibilâncias, hérnia inguinal, tremores, alteração de formato craniano e PC, convergência do olhar, alterações de tônus muscular, postura e movimentação, entre outros.
- n) Avalie o desenvolvimento conferindo as etapas do mesmo por intermédio da tabela na caderneta da criança
- o) Avalie a necessidade de consulta com especialistas.
- p) Prescreva vitaminas A e D (até 1 ano) e sulfato ferroso (até 2 anos), conforme a necessidade, a partir dos resultados de exames recentes. Confira a necessidade de manutenção das outras medicações.
- q) Programe retorno.

**Quadro 11.** Indicadores de risco para alterações no crescimento e desenvolvimento de RNPT

- 1) Prematuridade
- 2) Asfixia perinatal grave (apgar  $\leq 3$  no 5º minuto)
- 3) Alterações neurológicas com hipertonia, hipotonia, tremores e outros.
- 4) Convulsão
- 5) Exames de neuroimagem USTF/TCC/RM alterados
- 6) Meningite
- 7) Perímetro cefálico com crescimento anormal
- 8) PIG  $< 10^{\circ}$  percentil na curva de referência
- 9) Infecção congênita se alteração neurológica
- 10) Hipoglicemia sintomática
- 11) Icterícia se níveis tóxicos de bilirrubina indireta
- 12) Parada cardiorrespiratória
- 13) Apneias repetidas
- 14) Displasia broncopulmonar
- 15) Infecção grave
- 16) Enterocolite necrosante
- 17) Retinopatia da prematuridade (ROP)

Fonte: SAS/MS.

Obs. lembre que algumas intercorrências do período neonatal têm um efeito somatório que se traduz em um RN criticamente doente, ocasionando agravamento do risco para seu desenvolvimento. Tente identificar os seguintes achados no relatório da alta: retinopatia da prematuridade (ROP), displasia broncopulmonar (DBP), hemorragia peri intraventricular (HPIV), leucomalácia periventricular (LPV) e enterocolite necrosante (ENC). Quanto maior for a associação dessas morbidades, maior será o risco para alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do RN.

*Lembrar que os recém-nascidos pré-termo tardio, nascidos com IG entre 34 e 36 semanas e 6 dias, apresentam morbidade significativamente maior quando comparados aos RN a termo e, por isso, devem ter garantido um acompanhamento que atenda às suas necessidades.*

# FLUXOGRAMA – AVALIAÇÃO DE RISCO

Ver dados pré-natais, Neonatais e maternos na Caderneta da Criança e no Cartão da Gestante

1-Observe os dados maternos, solicite cartão da gestante e exames realizados:

Número de consultas no pré-natal, DUM; sorologias, pressão arterial, medicações, infecção urinária, diabetes, uso de álcool e/ou drogas e/ou tabagismo. Controle e tratamento de possíveis intercorrências.

2-Na caderneta da criança (atualizada):

a) Veja os **dados neonatais** quanto à IG\*, ao PN, ao Apgar, referentes aos dias de internação e ao peso de alta. Observe se existem outros dados disponíveis. \*OBS.: se não for possível, obtenha a informação direta sobre a IG, calcule-a a partir da DUM ou pelo US feito no primeiro trimestre de gravidez.

b) **Testes de Triagem:** EOA, reflexo vermelho, teste do pezinho. Busque informações de outros exames realizados. Se necessário solicite exames de triagem e/ou seguimento.

Solicite à mãe informações sobre tempo de oxigênio, no caso da impossibilidade de se obter o resumo da história neonatal.

Paciente internado em Unidade Neonatal?

Solicite o resumo da história neonatal

Não é possível?

Identifique os **critérios de risco** (Quadro 1) que demandam avaliação por equipe de seguimento de RN de Risco da Maternidade.

É importante inferir o risco mediante **informação materna:** pergunte sobre o uso de oxigênio, o tipo de aparelho utilizado, quando começou dieta, problemas que apresentou, dentre outros.

Utilize IG, PN, Apgar, tempo de internação para planejar estratégias de acompanhamento.

Se IG  $\leq$  32 semanas e/ou PN < 1.500 g: cheque se foram feitos: USTF, Ecocardiograma, Fundo de Olho (ROP), assim como rastreamento para anemia e DMO, além dos exames de Triagem.

**Estime o risco** por intermédio dos *indicadores de risco* (Quadro1). Avalie também os **indicadores de risco social**: mais de duas pessoas por dormitório, crianças em creche ou em escola, baixa escolaridade materna, situação de violência, uso de drogas, mãe sozinha ou suporte social precário, baixa renda familiar, entre outros. Lembre que uma família de alto risco social pode demandar seguimento especializado mesmo que o risco biológico não seja significativo. Tal avaliação deve ser feita, sempre que possível, por equipe multiprofissional antes da alta.

NÃO

**Mas apresenta algum destes critérios?**

IG >34 semanas e/ou PN > 1500g  
DBP leve  
ROP sem tratamento  
PIG  
Infecção congênita  
Hipoglicemia sintomática  
Icterícia se níveis tóxicos de BI  
Apneias repetidas

**Apresenta algum destes Fatores de Risco?**

IG < 34 semanas e/ou PN < 1500g  
DBP moderada-severa  
Retinopatia da prematuridade-com tratamento  
PIG abaixo do 3º percentil  
Infecção congênita com comprometimento neurológico  
Alteração de neuroimagem  
Convulsões/meningite  
PCR (parada cardiorrespiratória)  
Asfixia perinatal  
Alterações neurológicas  
PC com crescimento anormal

**Se na historia neonatal apresentar:**

**DMO**  
**Enterocolite necrosante**  
**Infecção grave**  
São considerados fatores de risco “coadjuvantes” que revelam uma criança criticamente doente. Tem efeito somatório com os outros, agravando o risco.

SIM

**RN de Risco (acompanhamento com pediatra em UBS):** avalie os riscos adicionais, a vigilância do crescimento e o desenvolvimento segundo as normas deste Manual. Trabalhe em parceria com outros serviços disponíveis na rede. Reforce com a família a importância da frequência às consultas.

**Recomenda-se inserção obrigatória em um programa de seguimento do RN de Risco:** preferencialmente na Maternidade de origem ou na região onde mora. Caso não seja possível, encaminhe o RN para seguimento com especialistas conforme os indicadores de risco e/ou comprometimentos da criança



Fotografia: Merval de Jesus Gonçalves Filho.

# Importância do cuidado compartilhado

A participação das equipes da atenção básica, mesmo presentes no processo dinâmico de uma rede de apoio ampla, na qual a família se apoia, qualifica-se por funções especiais e diferenciadas.

Dessa forma, podemos afirmar que o sucesso do tratamento de um RN internado em UTI neonatal não é determinado apenas pela sua sobrevivência e alta hospitalar. Depende muito do que é proposto para a criança e sua família após a alta hospitalar. Decorre da construção de diferentes vínculos de apoio que irão garantir, por exemplo, continuidade do aleitamento materno e da posição canguru, ganho de peso, uso dos imunobiológicos, frequência às consultas de acompanhamento e demais cuidados da criança. São esses vínculos que irão oferecer, a cada uma destas crianças, recursos para seu melhor desenvolvimento e crescimento.

Sabemos do desafio que implica a parceria com a atenção básica, mas também sabemos de suas grandes possibilidades no melhor cuidado das crianças que, por algum motivo, nasceram antecipadamente ou de baixo peso. Acreditamos que esta parceria se mostrará, ao longo do tempo, de valor inestimável. Nosso convite é para que sigamos juntos, de mãos dadas.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de seguimento compartilhado: Método Canguru e Atenção Básica: manual de orientações**. Brasília, 2015.

EHRENKRANZ, R. A. et al. Longitudinal growth of hospitalized very low birth weight infants. **Pediatrics**, v. 104, p. 280-289, 1999.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 81, p. S101-S110, 2005. Supl. 1.



ISBN 978-85-334-2675-7



9 788533 426757



# Método anguru

DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



FUNDAÇÃO JOSUÉ MONTELLO



Universidade Federal do Maranhão



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**